

المركز العربي للمواثيق والطبوع والاصحاح

أكمل - الكويت



# الموجبات النفسية عن الأمراض النفسية

تأليف

الدكتور جيمس ويليس

و

الدكتور ج. أ. ماركس

ترجمة

الدكتور محمد عماد فضلي



سلسلة الموجزات الإرشادية



## لغتنا العربية

رَجَعْتُ لِنَفْسِي فَأَعْمَيْتُ مَهْطًا إِلَى  
 وَنَاوَيْتُ قَوْمِي فَأَهْمَسْتُ حَسْبًا إِلَى  
 رَعُونِي بِعَقْمِي فِي السَّيَابِ وَلَيْتَنِي  
 عَقَمْتُ فَنَاحَ الْجَزَعِ الْقَوْلُ مَوْلَى  
 وَرَعَيْتُ كِتَابَ اللَّهِ لَفْظًا وَخَسَايَةً  
 وَمَا ضَعُفْتُ عَنْ آيِ يَسْمُ وَعَظَائِرِ  
 فَلَيْفَ الضُّعْفُ لِلْيَوْمِ مَعْنَى وَضِيفْتُ إِلَيْهِ  
 وَتَنَسَّبْتُ إِلَى اسْمِ الْخُذْرَاءِ  
 أَنَا الْبَعْرُ فِي أَحْسَنِ ابْنِ الدَّرَكَاوَيْزِجِ  
 فَجَسَدُ بَسَائِلِ الْغَوْلِ عَنْ مَذْوَإِي  
 لَرَى لِحَسَنِ الْغَرْبِ عَزَّةً وَمَنْعَةً  
 وَلَمْ يَكُنْ عَزَّةً الْقَوْلُ يُعْزِلُ لِفَاعِ  
 لِيَتَجَرَّنِي قَوْمِي - عَزَّ فَالْقَوْمُ عَمَّ  
 إِلَى الْغَنَمِ لَمْ تَنْصُرْ لِي بِرُقْلَةٍ

حافظ إبراهيم



## المركز العربي للدراسات والمطبوعات الطبية (أكمل)

### أكمل - الكويت

منظمة عربية تتبع مجلس وزراء الصحة العرب أنشئت عام ١٩٨٠ ومقرها الدائم دولة الكويت وتهدف إلى:

- توفير الوسائل العلمية والعملية لتعليم الطب في الوطن العربي.
- تبادل الثقافة والمعلومات في الحضارة العربية وغيرها من الحضارات في المجالات الصحية والطبية.
- دعم وتشجيع حركة التأليف والترجمة باللغة العربية في مجالات العلوم الصحية.
- إصدار الدوريات والمطبوعات والأدوات الأساسية لبنية المعلومات الطبية العربية في الوطن العربي.
- تجميع الإنتاج الفكري الطبي العربي وحصره وتنظيمه وإنشاء قاعدة معلومات متطورة لهذا الإنتاج.
- تدريب العاملين في مجال التوثيق ونظم المعلومات الطبية في الوطن العربي.

ويتكون المركز من مجلس أمناء يشرف عليه وأمانة عامة وأربع إدارات رئيسية، وهو يقوم بوضع الخطط المتكاملة والمرنة للتأليف والترجمة في المجالات الطبية شاملة للمصطلحات والمطبوعات الأساسية والقواميس والموسوعات والأدلة والمسوحات الضرورية لبنية المعلومات الطبية العربية.

وبالإضافة إلى عمليات التأليف والترجمة والنشر، يقوم المركز بتقديم خدمات المعلومات الأساسية للإنتاج الفكري الطبي العربي وخدمات التدريب في مجال نظم المعلومات الطبية وعمليات البث الانتقائي للمعلومات الطبية العربية والأجنبية.

# المحتويات

ج	المترجم	—
هـ	تقديم الأمين العام	—
ز	مقدمة	—
ط	تمهيد للطب النفسي	—
1	الفصل الأول : تاريخ المرض - تحديد معنى بعض المصطلحات - الفحص	—
21	الفصل الثاني : الاضطرابات الانفعالية	—
39	الفصل الثالث : الفصام	—
55	الفصل الرابع : المتلازمات العضوية ( الخرف - الهذيان - والحالات المتصلة بها )	—
71	الفصل الخامس : العصاب واضطرابات الشخصية	—
101	الفصل السادس : إدمان الكحول والمخدرات	—
115	الفصل السابع : الاضطرابات الجنسية النفسية	—
123	الفصل الثامن : الإعاقة العقلية	—
139	الفصل التاسع : اضطرابات الطفولة والمراهقة	—
151	الفصل العاشر : مشاكل التغذية	—
155	الفصل الحادي عشر : الأمراض النفسية في الشيخوخة	—
161	الفصل الثاني عشر : الطب النفسي والقانون : قانون الصحة العقلية لسنة 1983	—
169	الفصل الثالث عشر : العلاج في الطب النفسي	—



آخر فمثلاً قد نتحدث عن الفصام ( Schizophrenia ) دون أن نفترض بأن هناك شيء ما " هو الفصام . فإذا سمحنا لعبارة بأن تشتمل حقيقة متماسكة فإن هذا سيخدم أي مجال للمتابعة التفصيلي .  
فالتصنيف إذن قد يكون غير مقنع ولكنه ضروري حيث أنه علينا أن نصل إلى نوع ما من الترتيب . وقد استعملت عدة أساليب بعضها مقنعة أكثر من غيرها .  
وفي هذا المؤلف سوف سنعلم التصنيف التالي فهو إكلينيكي ومبسط جداً بلاشك، ولكنه كاف :

#### 1 - الاضطرابات الوجدانية (Affective disorders)

- حالات الكآبة .

- الاضطراب الوجداني بحيد القطب وثنائي القطب .

#### 2 - الفصام

- البسيط Simple .

- البلوغي Hebephrenic .

- الزوراني Paranoid .

#### 3 - المتلازمات العضوية :

- الهذيان والذهيان نصف الحاد .

- الخرف Dementia .

#### 4 - الاضطرابات العصبية :

- القلق .

- الهستيريا ( الهراع ) .

- الاضطراب الهوسي Obsessional disorder .

- الوسواس المرضي ( المراق ) Hypochondriasis .

- الشخصية الشاذة .

- الاعتلال النفسي Psychopathy .

#### 6 - الإعاقة الذهنية ( الخلل الذهني )

\*\*\*\*\*

## تمهيد للطب النفسي

غالباً ما يقول طلبة الطب أنهم يجدون الطب النفسي مشوقاً ولكنه مخيب للآمال. مشوقاً لأن الطب النفسي مادة سريرية وهذا ما يحبه جميع الطلبة على ما يبدو . ومخيباً للآمال لأنه كما يعبرون عنه تكراراً بالمقولة " إنه بالإجماع يبدو غامضاً ومشوشاً " كما أنهم يصابون بالإحباط للافتقار الظاهري لكثلة تامة من المعرفة في الطب النفسي وكذلك التضارب والاختلافات في التشخيص والمعالجة .

إن هذا الكتاب لم يُقصد به النص الكامل الشامل . فإن حجم الكتاب والحدوفات من النص يوضحان ذلك بشكل قاطع . لقد كتب هذا الكتاب كمحاولة للإجابة على أنواع الأسئلة التي يبدو أن الطلبة يفتقرون إلى الإجابة عليها بسرعة تامة عندما يشروعون في مهنة الطب النفسي . إنهم يجدون أنفسهم في متاهات لأن عليهم أن يتعلموا لغة جديدة ، ويكتسبوا مجموعة جديدة من الأفكار عن المرض إذا كانت لديهم أية نية في الاحتفاظ باهتمامهم للطب النفسي على أية حال . ففي أغلب الأحيان يصابون بالإحباط من جراء محاولاتهم ويتخرجون كأطباء مع بقع عمياء في ذاكرتهم للطب النفسي .

إن تدريب طلبة الطب يظل موضوعاً للمناقشة والبحث العلمي والمراجعة ، ولكنه لأن لا يُعد معظم الطلبة إعداداً كافياً لشيء ما أكثر في مواجهة غير حذرة بعض الشيء مع ممارسة الطب النفسي . فقد يصل إلى مسمع الطلبة أن الطب النفسي عبارة عن نظام " بالانشقاق ممزق إرباً " . وهذا ما يجعلهم ، بدون ضرورة ، مرتابين ، وخصوصاً إذا ضوعفت أفكارهم الفجة بالمعلومات الخاطئة التي لا تزال متاحة مجاناً من عدة مصادر دسيسة .

هناك أيضاً مشاكل غير محلولة تختص بالأشياء التي يجب أن تُدرّس ، بحيث أن هناك بعض المدارس الطبية التي تفضل المنفذ السريري التقليدي ، الذي يعتمد على التشخيص والمعالجة والتكهن بسير المرضى ، ومدارس أخرى تفضل تقديم الطالب مبكراً إلى مبادئ الطب النفسي التي تكشف كيفية تحكم عمليات لا شعورية في التصرفات البشرية وربط هذه العمليات بالعلاقات الشخصية المتبادلة وتأثيراتها على أساليب حياة البشر وسلوكياتهم . بينما هناك مدارس تقترح تقديم الطالب شبه المبكر إلى ممارسة المعالجة النفسانية حيث أن هذا سيقدم لهم صورة حية



للأمراض النفسية البشرية . ولكن رغم وجود هذا الانقسام في الآراء ( حيث أنه للآن لم يثبت أحد ما هي احتياجات الطلبة ) ، فإننا على أقل تقدير نرى بدايات تدريب طلبة الطب بالتركيز على أهمية معاملة المريض كأحد أفراد المجتمع ، وكأنسان اجتماعي، وليس مجرد مجموعة من الأنظمة الميكانيكية .

إن تدريب طالب الطب قد يكون موضوع المناقشة والبحث والمراجعة ، ولكن الحقيقة لاتزال هي أن هذا التدريب لا يؤهل الطلبة للاستيعاب السهل للتصرفات والأفكار النفسية .

ففي البداية يجد الطالب ضرورة إعادة فحص تصوره الشخصي للمرض . فهو حتى الآن لم يجد أية صعوبة في رؤية المرضى بالأورام والكسور والداء السكري .. الخ كونهم في حالة مرض ، بينما على نقيض ذلك ، غالباً ما يبدو المريض النفسي طبيعياً وينفي وجود أعراض ، ولا تظهر إعاقة واضحة ، إلى أن نكتشف أن حياة المريض أو المريضة الداخلية تسودها سلسلة من المعتقدات الوهمية سببت تغييراً في نمط الحياة لديه أو لديها مما سبب دخوله أو دخولها المستشفى - ربما عكس رغبته أو رغبته . ماذا نستنتج من هذا ؟ هل الشخص مريض ؟ هل هناك مرضى كثيرون مثل هذا المريض ؟ وإذا كان ذلك بالفعل فما خطبهم ؟ .

إن الطب النفسي يتعامل مع مثل هذا النوع من المرضى وغيرهم كثيرون وكلهم يجمعهم شيء واحد ألا وهو اضطرابات تؤثر على سلوكهم ومشاعرهم وتفكيرهم وإدراكهم الحسي . ولربما أهم من ذلك كله هو التعرف على " المرض النفسي " كونه حادثاً عندما تكون هذه الاضطرابات تغيرات حقيقية والتي تستمر وتزيد على الحدود المقبولة عادة على أنه حدود طبيعية كما أن المريض يشكو منها حقيقة ويتضايق منها وفي حيرة من أمرها - وبذلك نكون محقين عندما نعتبرها أعراضاً للمرض .

هذا هو الإطار المرجعي للطب النفسي . وبإمكاننا تدوينه بشكل رسمي أكثر بالإفادة بأننا نتعرف على المرض النفسي بفحص أعراض المريض التالية :

1- السلوك ( Behaviour ) .

2- المزاج ( Mood ) .

- 3- الإدراك الحسي ( Perception ) .
  - 4- محتوى التفكير .
  - 5- مستوى الذكاء .
  - 6- الذاكرة .
  - 7- التركيز .
  - 8- الاهتمام ( Orientation ) للزمان والمكان .
- الوظائف الاستعرافية {
- ثم نقوم بعمل التشخيص الإكلينيكي عندما نلاحظ وجود شذوذات .

وبالإمكان التعرف على مظاهر الخلل النفسي بدون صعوبة كبيرة . و الصعوبة التي يجدها طالب الطب في فحص المرضى النفسيين من الممكن أن تكون عائدة إلى :

- 1- الافتقار إلى الأسلوب الصحيح للفحص .
  - 2- قلة الممارسة .
- لذا فإن هدفنا في هذا المؤلف هو توفير دليل إكلينيكي سهل لأساليب الطب النفسي وأعراضه المميزة .
- وعلى الطالب أن يتذكر دوماً :
- 1- أن يصغي بعناية فائقة .
  - 2- أن يدون بدقة متناهية .
  - 3- أن يتحاشى تفسير أو تأويل ما يفترضه هو أو هي ما يقصد به المريض .
  - 4- أن يستقي قدر المستطاع تاريخاً مرضياً من أكبر عدد ممكن من المبلغين .
  - 5- أن يستعمل فقط الكلمات التي يفهمها هو أو هي .

## تصنيف المرضى العقلي

إن التصنيف المثالي يعتمد على المسببات كقاعدة . وهذا نادر الإمكان في الطب النفسي ماعداً في بعض حالات الخلل العضوي ( مثال : الشلل العام للمريض عقلياً والهذيان الرعاش ) . ولذا فإن التصنيف يميل لأن يكون وصفيّاً ، وبعبارة أخرى ، معتمداً على السمات السائدة الملحوظة للمتلازمة . ( مثال : القلق ، الاكتئاب ) . وهذا غير مقنع ولكن لا مفر منه في الوقت الحاضر . فالخطر في الطريقة الوصفية يقع في احتمال أن التسمية المعطاة لمتلازمة ما قد يحدد لها كيانا



آخر . فمثلاً قد نتحدث عن الفصام ( Schizophrenia ) دون أن نفترض بأن هناك " شيء ما " هو الفصام . فإذا سمحنا للعبارة بأن تنتحل حقيقة متماسكة فإن هذا سيخدم أي مجال لمتابعة التقصي .

فالتصنيف إذن قد يكون غير مقنع ولكنه ضروري حيث أنه علينا أن نصل إلى نوع ما من الترتيب . وقد استعملت عدة أساليب بعضها مقنعة أكثر من غيرها . وفي هذا المؤلف سوف نستعمل التصنيف التالي فهو إكلينيكي ومبسط جداً بلاشك، ولكنه كاف :

- 1- الاضطرابات الوجدانية ( Affective disorders ) :
  - حالات الكآبة .
  - الاضطراب الوجداني وحيد القطب وثنائي القطب .
- 2- الفصام :
  - البسيط Simple .
  - البلوغي Hebephrenic .
  - الزوراني Paranoid .
- 3- المتلازمات العضوية :
  - الهذيان والهذيان نصف الحاد .
  - الخرف Dementia .
- 4- الاضطرابات العصبية :
  - القلق .
  - الهستيريا ( الهراع ) .
  - الاضطراب الهوسي Obsessional disorder .
  - الوسواس المرضي ( المراق ) Hypochondriasis .
  - الشخصية الشاذة .
  - الاعتلال النفسي Psychopathy .
- 6- الإعاقة الذهنية ( الخلل الذهني ) .

# الفصل الأول

## تاريخ المرض ، تحديد معنى بعض

### المصطلحات - الفحص

#### تمهيد :

إن تاريخ المرض النفسي هو محاولة لإعطاء قصة دقيقة للمرض ، مثله في ذلك مثل أخذ التاريخ لأي مرض آخر ، ويؤخذ بنفس الطريقة التي يؤخذ بها تاريخ المرض في التخصصات الطبية الأخرى ، إلا أننا يجب أن نطور أسلوبنا بحيث يسمح للمريض بأن يدلي بقصته دون التعرض لإجهاد لا داعي له أو أن يعاني الحرج أو الأسى . إذ أن هذين الشعورين كثيراً الحدوث عند الإدلاء بتاريخ المرض النفسي الذي كثيراً ما يشير إلى أحداث مؤلمة ، كما يجب أن يسمح للمريض بالبداية من أية نقطة تعن له بدلاً من التمسك بسلسلة جامدة من الأسئلة ، كما يجب إعطاء وقت كاف لاستخراج كل المعلومات المطلوبة فيما بعد .

#### المقابلة الأولى

تجب محاولة أخذ تاريخ كامل بقدر الإمكان في أثناء المقابلة الأولى ، إلا أن ذلك قد لا يكون متاحاً من الناحية العملية ، ولا من الناحية الإنسانية ، ومن المحتمل أن تصبح هذه المقابلة الأولى حدثاً هاماً له دلالتة بالنسبة للمريض ، الذي قد لا يكون في خشية منها أو يكون قد هيا لها نفسه منذ أيام ، ومن المحتمل أن يتذكرها يوماً بعد أن تنتهي . فإذا أخذنا هذا في الاعتبار كان على الطبيب أن يجعل هذا الموقف محتملاً بقدر الإمكان بالنسبة للمريض وأن يقاوم إغراء الإدلاء بأسئلة توحى بجزو التحقيق القضائي .



كثيراً ما يشكو طلبة الطب من جهلهم بالأسئلة الواجب توجيهها للمريض وتعتريهم الدهشة عندما يستخرج من هو أكثر منهم خبرة حقائق فائقاتهم ، والإجابة على هذا بسيطة نسبياً ، فتاريخ المرض ، بعد كل شيء ، ما هو إلا سلسلة منسقة من الإجابات على استجواب مفصل إلا أنه مرن وليس جامد البنيان ، ومع اكتساب الخبرة يتعلم الدارس ما هي الأسئلة التي يجب أن يوجهها للمريض ، كما يتعلم كيف يبني على هذا الأساس استجوابه الخاص به ، والإنصات إلى آخرين في أثناء أخذهم لتاريخ المرض يوضح هذا الأمر توضيحاً كافياً ، والحق أن هذه الطريقة صالحة جداً لاكتساب الخبرة ، إلا أنها غير مستخدمة على نطاق واسع .

## الأعراض والعلامات المرضية

يختلف ترتيب طريقة بدء المرض وظهور أعراضه من مريض إلى آخر ، ولو أن هذا ليس حتمياً ، فقد يشكو المريض من أعراض جسدية ، في حين يروي آخر قصته حول اضطهاد الآخرين له ، ثم نجد ثالثاً يشكو من تغير في مزاجه الانفعالي ، وضعف في التركيز بينما نجد الكثير من المرضى بلا شكوى تماماً ، فهم ينكرون وجود أي عرض ، وهنا نحصل على تاريخ المرض من أقارب المريض ، الذين قد يأتون بقصة أخرى مختلفة تماماً عما يرويها المريض .

## العلاقة بين الطبيب والمريض

علاقة الطبيب بمريضه تبدأ بدخول المريض من باب غرفة الكشف ، فقد تكون تحية المريض الأولى تحية صديق ، أو قد تنم عن العداوة والشك ، أو قد تكون مجرد تحية متعادلة لا تترك انطباعات معينة. وكيفما كانت تلك التحية ، فالطبيب يتعرض لفقد الكثير أو كسب الكثير عن طريق سلوكه الخاص ، وليس هناك بديل عن الأدب الودي ، ولا مكان لممارسة أي نوع من الهيمنة الشاملة الزائفة على المريض فالمرضى يجب أن يقبل على ما هو عليه ، ولا نحكم على قيمه ، فإذا كان المريض كثير الكلام فواجبنا أن نسمح له بالادلاء بقصته في حرية كاملة أولاً وقبل أن نوجهه إلى استكمال النواحي التي يريد الطبيب تغطيتها بغية الحصول على تاريخ شامل للمرض وأما المريض المتحفظ المقل في كلامه فعلى تشجيعه على الكلام دون أن نقحم على لسانه كلمات لنا ، ولو أن هذا قد يكون صعباً في التطبيق .

## دور تاريخ المرض في الوصول إلى التشخيص

هناك ميل شائع عند الأطباء النفسانيين نحو الانتقاص من قدر التشخيص والتساؤل عن جدوى وضع المرض النفساني في قالب طبي ، وهناك منطق معقول يبرر هذا النقد والتساؤل ، فمجرد لجوء شخص ما إلى استشارة طبيب نفساني لا يعني تلقائيا أن هذا الشخص مريض ، ومن الواجب ذكر ذلك إذ أن بعض الأطباء النفسانيين يتصرفون وكأنهم يعتقدون أن هذا هو الواقع ، فالطب النفساني العلمي يجب أن يبقى فرعاً من فروع الطب الاكلينيكي حيث التدريب التقليدي على المهارات الطبية في الوصول إلى التشخيص ، وغيره من نواحي الممارسة الطبية ، له الفائدة الواضحة دون أن نبالغ في تقدير هذه الفائدة ، فالمدخل الاكلينيكي يبقى إلى اليوم مدخلا إنسانيا وعلميا في آن واحد ، ويجب أن نوضح أنه على الطبيب أن يبقى دائما على وعي بمدى تأثير العوامل الفردية والنفسية والاجتماعية على محتوى شكوى المريض ، إلا أن ذلك لا يؤثر على شكل المتلازمة الاكلينيكية للمرض ، وهذا الشكل الأخير هو ما نعنيه باصطلاح " تشخيص المرض " .

وقد يكون من المفيد أن نتذكر دائما الفجوات الكبيرة في معلوماتنا عن المرض النفساني وأن نقاوم إغراء إخفاء هذه الفجوات باستخدام النظريات التي تفسر كل شيء بينما هي لا تبين ولا توضح أي شيء ، فيما عدا استمرارية وجودها هي في شكل فروض لم يتم اختبارها علميا ، فكأنها الغول والعنقاء التي تبقى على أخطائنا بعد أن ننساها .

ونحن نصل إلى التشخيص عن طريق فحص الحالة العقلية ، ويسهم تاريخ المرض في فهمنا للحالة العقلية ، فهو مؤشر نحو هذا التشخيص ، وأخذ تاريخ المرض يحتاج إلى وقت ، ولا يمكن أن يتعلمه أحد خلال خمس دقائق ، ولا حتى الملاحظ خمس دقائق ، ولهذا السبب فليس هناك مكان في الممارسة الجيدة للطب النفساني لما يسمى " بالتشخيص الفوري " فهذا يصبح " لا تشخيص " بالمرّة في مجال الطب النفساني عامة ، ويمكن إرجاع معظم أخطاء التشخيص إلى المنهج الرديء الذي يؤخذ به تاريخ المرض .

### منهج أخذ تاريخ المرض

يجب أن نتبع مهجا منظما متققا عليه لكتابة تاريخ المرض ، ولا يعني هذا أن نتبع هذا التسلسل دائما عندما نأخذ تاريخ المرض .



## أ - الشكوى

يجب أن يحتوي تاريخ المرض على تقرير قصير عن شكوى المريض ، فإذا لم تكن هناك شكوى ، فيجب أن نكتب تقريراً مختصراً عن سبب إحالة المريض إلى الاستشارة الطبية النفسانية .

## ب - التاريخ العائلي

وهنا نذكر معلومات عن الوالدين والأخوة مع تحديد دقيق لأعمارهم وأعمالهم التي يقومون بها ، وأمراضهم وسبب وفاتهم ، كما يجب أن يشمل تاريخ العائلة ، كلما أمكن ، بعض المعلومات عن حدوث أي مرض نفسي بين أفراد العائلة ويجب السؤال بشكل مباشر عن حدوث أمراض الصرع أو الجنوحية Delinquency أو ادمان الكحوليات أو استخدام العقاقير كما يجب ذكر حالات الانتحار أو محاولته كما يتضمن التاريخ العائلي بعض المعلومات عن الحالة الاجتماعية والعلاقات الشخصية بين أفراد العائلة .

## ج - التاريخ الشخصي

يجب أن يبدأ هذا التاريخ ، بذكر تاريخ ومكان الميلاد ، كما يجب أن نسجل ، فيه أية معلومات متاحة عن مراحل نمو المريض مع إشارة خاصة إلى صحته في أثناء الطفولة وأية أعراض عصبية عانى منها ، كما يجب الإشارة إلى العلامات المميزة لمرحلة الطفولة .

وبعد هذا يأتي " السجل الدراسي " للمريض مع عدم التركيز على اسم المدارس أو سن المريض عند توقفه عن الدراسة فحسب ، بل يجب أن نحاول - كلما أمكن ذلك - ذكر ما وصل إليه المريض من تحصيل مدرسي ، وتقويم مدى قبول المجتمع له ثم نذكر بعد ذلك ما تولاه المريض من مواقع للعمل ، مع ترتيب ذلك زمنياً ، وذكر آخره الذي كان يتقاضاه وما وصل إليه من مراكز ، فقد تلقي هذه المعلومات بعض الضوء على شخصية المريض ، قبل بدء المرض ، كما قد توضح تطور المرض إذ أن الأداء الوظيفي كثيراً ما يعثر به النقص بسبب المرض النفسي بل قد يكون هذا هو العرض الذي أتى بالمريض إلى الطبيب النفسي مثل قوله " يبدو أنني لم أعد قادراً على مواصلة عملي ... ولا يمكنني أن أستقر في عمل ما وقد أصبح لزاماً عليّ تغيير عملي " . ومن المفيد أيضاً ذكر بعض المعلومات عن العلاقات الشخصية مع رؤسائه وزملائه في العمل .

ويشمل هذا القسم ، التاريخ المعتاد للطمث مع إضافة المواضيع الجنسية النفسية ، مثل طريقة حصول المريض على معلوماته الجنسية ، وأنواع ممارساته الجنسية ومعدل حدوثها ، كما يشمل حيالاته الجنسية .

كما يجب ذكر تاريخ الزواج مع تفاصيل الخطبة والزواج والحمل مع استفسار متأن عن الاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل أو التي قد تحدث بعد انتهائه .

#### هـ - التاريخ المرضي السابق

ويجب إثبات هذا التاريخ مرتباً ترتيباً زمنياً مع ذكر تفاصيل عن دخول أي مستشفى أو تناول أي نوع من أنواع العلاج .

#### و - تاريخ المرض النفسي السابق

وهذا يجب إثباته أيضاً بترتيب زمني .

#### ز - شخصية المريض قبل المرض (Pre-morbid personality)

يجب أن نحاول هنا إعطاء وصف دقيق بقدر الإمكان لشخصية المريض قبل المرض ، ولو أن هذا الأمر يحوطه الكثير من الصعوبة نظراً لأن طرق وصف الشخصية بها العديد من نواحي القصور . وفي الممارسة الطبية لا يكفي بوصف الشخصية قبل المرض باستخدام نعتاً للشخصية أو نعتين بل من المفيد أن نعطي صورة كاملة لهذا الفرد موضع الفحص نفصلها في عدة فقرات .

#### ح - وصف المرض الحالي

يجب أن يكون هذا الوصف مفصلاً من الناحية الزمنية منذ بدء المرض إلى المرحلة الحاضرة ، كما يجب أن يكون وصفنا دقيقاً دائماً من حيث ترتيب حدوث الأعراض وطريقة حدوثها وسرعة هذه التغيرات .



## الفحص الطبي النفسي

لا يقتصر هذا الفحص على اختبار الحالة العقلية فحسب بل يجب أن يشمل فحصاً جسيماً عاماً ، وإذا دعت الحاجة ، أضفنا بعض الاختبارات العملية ، فقد يظهر على كثير من المرضى المحولين إلى الطبيب النفسي أعراض الأمراض العضوية المختلفة أو قد تكون هذه الأعراض الجسمية راجعة إلى ما عانى المريض من اضطراب نفسي ، ومن أمثلة هذا الموقف الأخير ، أورام المخ ، والخلل العام (General Paresis) ، والتصلب المنتثر (D.S) والوذمة المخاطية (myxoedema) .

والفحص الجسدي أيضاً قيمته الإيجابية في طمأنة المريض متعدد الشكاوى (Hypochondriasis) ( المراق ) .

## لغة الطب النفسي : تحديد لمعاني بعض المصطلحات

قبل أن نمضي قدماً في تناول تفاصيل إضافية لكيفية فحص الحالة العقلية ووصفها ، نقدم فيما يلي قائمة بالمصطلحات شائعة الاستخدام في الطب النفسي:

### القلق (Anxiety)

وهو الشعور بالخوف أو التوجس (Apprehension) ، وكثيراً ما يصحب ذلك وجود اضطراب في الجهاز العصبي المستقل (Autonomic N. S.) والشخص السوي قد يشعر بالقلق عند مواجهته لضغوط نفسية مثل الامتحانات ولكن ذلك لا يوصف بالقلق المرضي إلا عندما يسود هذا الشعور حياة الفرد كلها .

### الاكتئاب (Depression)

وهو اضطراب مرضي في مزاج المريض الانفعالي يشبه الحزن أو الأسى (Grief) ويوصف الاكتئاب بأنه ' تفاعلي Reactive ' عندما يمكن إرجاعه إلى سبب ظاهر ويكون الاكتئاب ذاتياً Endogenous ' عندما يظهر دونما سبب ظاهر ويصحب الاكتئاب اضطراب في النوم والنشاط والتفكير .

## الخرف ( Dementia )

وهو تدهور عقلي متزايد وغير قابل للتحسن ، يحدث نتيجة لأمراض الدماغ العضوية .

## الهتر أو الهذيان ( Delirium )

وهي حالة عقلية عضوية يضطرب فيها الوعي مع زيادة في النشاط النفسي الحركي ( Psychomotor ) وحدوث هلوسة مع فقد التوجه من حيث الزمان والمكان والأشخاص .

## فقد التشخص ( تبدد الشخصية Depersonalization )

وهو شعور ذاتي يتغير في حقيقة الذات بحيث يقول المريض ' لم أعد أنا ذاتي ، وأكثر من ذلك فأني أشعر بأنني ميت أو أنني غير حقيقي ، فأنا أختلف عما كنته في الماضي ، أه لو استيقظت من هذه الحال ' .

## فقد الواقعية ( Derealization )

وهو شعور ذاتي بتغير في حقيقة الأشياء المحيطة بالإنسان ، كأن يقول ' كل ما حولي يبدو غريباً كما لو كنت أحلم ، فالأشياء لا تبدو كما كانت من قبل ، كما أنني لا أشعر بها كما كانت ' وعادة ما يصحب ذلك فقد التشخص .

## الضلالات ( Delusions )

وهي اعتقادات خاطئة لا تتماشى مع الخلفية الاجتماعية والثقافية للفرد المصاب، وهي لا تنصلح بالنقاش المنطقي ، والضلالات الحقيقية تتلون عادةً بشيء من التعاطف ( Paranoid ) ويتمسك بها المريض في اقتناع غير عادي وعلى هذا فالضلالات هي خبرة مبدئية وأساسية تبني عليها قرارات خاطئة ، وخبرة الضلالات الحقة ، تبدأ قبل التعبير عنها بالكلمات ، ولذا عندما يتم التعبير عنها تكون غير مفهومة وغير خاضعة للنقاش مثل ' كنت أسير في الشارع ورأيت كلباً ، فعلمت من طريقة وقفته أنني كنت إنساناً هاماً قدر عليه أن ينقذ البشرية ' .

## الأفكار الضلالية

تختلف هذه الأفكار عن الضلالات الأولية ، هي أنها تنشأ عن خلفية من المزاج الانفعالي المضطرب بدلاً من أن تنشأ من دون مقدمات ، ويمكن تفسيرها تفسيراً كاملاً على أساس هذه الخلفية الانفعالية ، وعلى هذا فالأفكار الضلالية القاسية ، والمتضمنة للشعور بالآثام أو الذنب وتلك المتضمنة للاضطهاد اللذين يظهران في مرض الاكتئاب الذهاني ، يظهران على أنهما مبنيان على خلفية الاكتئاب وبالمثل نجد أن ضلالات العظمة والتجلي عند مريض الهوس تابعة من انفعال الزهو وهو انفعال يصحبه اقتناع بثقة زائدة في النفس ويمكن أن يؤدي بسهولة إلى الاعتقاد بالقدرة الشاملة على كل شيء ( Omnipotence ) .

## تطايير الأفكار ( Flight of Ideas )

وهو تفكير متسارع نجده بخاصة عند المصابين بالهوس تحت الحاد ، ومرض الهوس عامة ، وفيه تترايط الأفكار ترابطاً عرضياً تحدده عوامل شكلية مثل السجع والتورية ، على أن الروابط بين الأفكار يمكن تتبعها كما يمكن تتبع تطايرها .

## الهلوسة ( Hallucination )

وهو إدراك حسي لا ينبني على مؤثر خارجي مثل سماعنا لصوت يأتي من خارجنا دون وجود مصدر لهذا الصوت ، ويشيع حدوث الهلوسة بخاصة في مرضى الفصام حيث يسمع المرضى أصواتاً تأمرهم بعمل أشياء ما أو تعلق على أفعالهم أو تسبهم أو تتهمهم وقد تتخذ شكل همهمات بلا كلمات محددة .

أما ظاهرة سماع الشخص لأفكاره وهي تتلى عليه بصوت مرتفع فنجدتها في مرضى الفصام .

وتوصف الهلوسة بأنها نعاسية ( منومة Hypnagogic ) إذا حدثت في أثناء الانتقال من اليقظة إلى النوم ، وبأنها استيقاظية ( Hypnopompic ) إذا استمرت بعد الاستيقاظ من النوم .

## المراق ( Hypochondriasis )

وهي حالة الانشغال بأمراض وهمية ، وتشيع تلك الظواهر المراقية في حالات الاكتئاب ، وقد تظهر في شكل ظواهر غامضة في مرض الفصام ، وقد تكون المراقبة



سمة أساسية من الهستيريا ، ويبدو أنه من المحتمل ألا يوجد المراق بمفرده ولكنه عادة ما يكون أحد مظاهر حالة نفسانية مرضية أخرى ، أو يكون أحد مظاهر اضطراب الشخصية .

## خداع الحواس ( Illusion )

وهي أخطاء في الإدراك وتأويل خاطيء له وتوجد عادة في الأمراض الذهنية العضوية خصوصاً في حالات الهنر ( Delerium ) ، وفيها يخطيء المريض في تأويل منظر يراه عبر نافذته فيحسبه سفينة على وشك الإبحار وهو في الحقيقة بناء قائم .

## ضلالات الإشارة ( Ideas of reference )

وفيها يدرك المريض الأحداث والأشياء المحيطة به على أنها ذات دلالة خاصة به هو ، فعلى سبيل المثال نجد مريضة تلاحظ أن كل برامج التلفاز التي تشاهدها تشير إليها بطريقة غير معتادة ، وأنها قد اختيرت خاصة لتكون موضع الملاحظة من قوة بوليسية سرية .

## العصاب والذهان ( Neurosis & Psychosis )

هذان المصطلحان يكثر استخدامهما ولو أنهما بلا دلالة اصطلاحية محددة وذلك يؤدي إلى سوء التفاهم بين العاملين في مجال الطب النفسي والواجب أن ينص المفهوم العملي لهما على أن الأمراض العصابية هي حالات تتميز أساساً بوجود القلق مع تغير هين في المزاج الانفعالي بينما يحتفظ المريض باتصاله السوي بما يحيط به من واقع ، في حين نجد المريض الذهاني فاقداً لاتصاله السوي بما يحيط به من الواقع مع كثرة حدوث اضطرابات نفسانية واضحة الخروج عن المعتاد، فعند وجود اضطراب انفعالي فإننا نجده يصل إلى عمق واضح . وبينما يحتفظ العصابي ببصيرته فيعترف بأنه مريض نجد الذهاني فاقداً لهذه البصيرة .

ومن هذا يتضح أننا نبني تفرقتنا بين العصاب والذهان على مدى شدة الأعراض أكثر مما نبنيها على أي عامل آخر وستبقى هذه الحالة غير المرضية إلى أن يزداد علما بأسباب الأمراض النفسية عامة .

## اللازمات ( Mannerism )

وهي تعبيرات حركية بالوجه أو بالجسم يعاندها الشخص فيكررها بغير داع ، واللازمات الطبيعية تناسب الظروف التي تحدث في أثنائها في حين تكون اللازمات المرضية غير مناسبة . كما نرى مثلاً في مرض القسام .

## ظواهر الوسوسة والأفعال القهرية ( Obsessive Compulsive phenomena )

وهي مكونات فكرية تسيطر على وعي المريض وتتكرر بإلحاح بحيث يضيق بها ، ويعترف بأنها تابعة من ذاته هو ولو أنه يقاومها ، وقد تشمل كلمات أو أفكار أو جمل أو أفعال وخير مثال لها هو المريض الذي لا يملك إلا أن يؤدي كل فعل يقوم به تسع مرات سواء كان غسل يديه أو ارتداء ملابسه أو تناول طعامه ، وإلا أصبح قلقاً يستبد به الضيق .

## أفكار العظمة ( Paranoid )

هذا المصطلح مشهور في الطب النفسي بقدر يجعله يساء فهمه ، وهو مشتق من الكلمة الاغريقية Para - noos أي البعيد عن المنطق ، وقد استخدم هذا المصطلح لعدة سنوات لوصفه علامات تقليدية للمرض النفسي ، خصوصاً تلك التي تشمل ضلالات العظمة أو تلك التي تتميز بوهميتها .

وقد اتجه الاستخدام الحديث لهذا المصطلح نحو الإشارة إلى الاضطهاد ، وبذلك أصبحت ضلالات العظمة ( Paranoid ) هي ضلالات الاضطهاد والشك ، واعتبر الأشخاص شديد الحساسية لآراء الآخرين عنهم أنهم ( بارانويون ) أي مصابون بأفكار العظمة والشك والاضطهاد ، وهذا يرجع بلاشك إلى الحقيقة الفاتلة بأن أفكار الاضطهاد شائعة في الأمراض العقلية وبذلك تم الانتقال من مفهوم البارانويا غير مفهوم المرض العقلي إلى معنى الاضطهاد عن طريق عملية التكثيف في تكوين الأفكار ( Condensation ) ، إلا أن هذا الاستخدام للمصطلح خاطيء ، إذ أن استخدامه يجب أن يقتصر على المعنى المتفق عليه وهو الضلالات واللازمات المرضية التي تتميز بالاضطهاد والشعور بالعظمة والغيرة والحب والكراهة والحسد وما يتعلق بالشرف والظواهر المتجاوزة للطبيعة ( لويس 1970 ) .

وقد يتوسع المصطلح ليصف الية الإسقاط التي يلجأ لها الشخص لإرجاع الأحداث مهما كانت تافهة ، إلى ذاته هو ، إلا أنه ينبغي التأكيد على أن هذا المصطلح يشير إلى الية ذات ثقل نفسي مرضي ، ولا يشير إلى فرط الحساسية النفسانية أو المشاعر التي تكون جزءاً من الخبرة النفسية لكثير من الناس .

## **المشاعر السلبية ( الاستسلام - الخنوع ) (Passivity Feeling)**

وهي الشعور بوجود مؤثر خارجي يخضع الجسد لتأثيره ، وكثيراً ما نجد هذا الشعور في مرض الفصام .

## **الفصام (Schizophrenia)**

وهي ستلازمة مرضية تحدث أساساً بين صغار السن ، حيث نجد اضطرابات مميزة في التفكير والإدراك والانفعالات والسلوك مع احتمال انفراط مكونات الشخصية بعضها من بعض .

## **اضطرابات التفكير الفصامية**

وهي نوع مميز من اضطرابات التفكير لا يوجد إلا في مرض الفصام حيث نجد اضطراباً أساسياً في استخدام المفاهيم عند التفكير ، ويبدو هذا واضحاً في حديث المريض الذي يعكس اضطراب منطقته ، وتظهر الإرهاصات الأولى لهذا الاضطراب في شكل صعوبة في التفكير يدركها المريض نفسه ، وتؤدي إلى اختزال حديث المريض إلى أن تصل إلى مرحلة أشد قسوة ، فيصبح حديثه مجرد جزئيات لا معنى لها ( سلطة الحديث Word Salad ) وقد أكد بعض أطباء النفس الألمان على الأهمية الإكلينيكية لوصف المريض شعوره بأن أفكاره تدخل في رأسه أو أنها تفسح منه ، أو أن أفكاره تذاع بصوت مرققع خارج ذاته ( Gedanken Laut Werden ) وتعتبر تلك الظواهر ذات أهمية أولى في تشخيص مرض الفصام .



## نصائح عامة في مجال فحص الحالة العقلية ووصفها

يمكن استخراج العلامات المميزة للاضطرابات النفسانية عندما يتم تعلم المنهج اللازم لذلك مثلها مثل الاضطرابات الجسمية في مجال الطب العام ، إلا أنه يجب تجنب استخدام الأسئلة الموجهة ، كما أنه من المهم اجتناب التعليق أو إبداء الملاحظات للمريض إذ أن ذلك قد يؤدي إلى تشتت أرائه أو تعرضها للاضطراب ، وبهذه الطريقة يمكننا تجنب تأويل معنى ما يذكره المريض من خبرة أو شعاعر في أثناء أخذ تاريخ المرض . بل يجب أن نترك هذا التأويل للخبراء فيما بعد ، كما يجب ألا نقف من المريض موقف المعارضة إذا بدا غير متعاون معنا ، ويمكننا تجنب التعارض والمقاومة والمبالغة والتبرير عادة إذا ما تناولنا الموقف بأسلوب خال من إصدار الأحكام ، بل علينا أن نسجل حديث المريض كلمة بكلمة ، وهذا الأسلوب هام جداً إلا أنه قد يتعارض مع بعض المرضى شديدي الحساسية .

### وفيما يلي نعرض منهاجاً لوصف الحالة العقلية

#### السلوك ( Behaviour )

عند وصف سلوك المريض تحب محاولة الوصول إلى وصف دقيق لسلوك المريض في أثناء المقابلة ويتم ذلك أولاً بملاحظة المريض بدلاً من أخذ الأمور على أنها أمر مسلم به ، وفيما يلي نسرّد النقاط التي يجب أن تشملها ملاحظتنا للمريض :

- 1- المستوى العام لوعي المريض .
- 2- مدى وعيه بما يدور حوله .
- 3- مستوى تعاون المريض مع الطبيب الذي يفحصه .
- 4- ما إذا كان المريض قادراً على التواصل الفكري مع الطبيب في أثناء المقابلة .
- 5- تعبيرات الوجه السائدة عند المريض وما إذا كانت مناسبة لحالته المرضية .
- 6- استخدام المريض للإيماءات الحركية ( Gestures ) .
- 7- مستوى نشاط المريض من حيث كونه منطلقاً أو محدوداً ومستمراً أو متقطعاً .
- 8- وجود حالة مستمرة من التهيج ( Agitation ) .
- 9- استخدام اللازمات الحركية ( Mannerisms ) .

ولا تعد هذه القائمة كاملة وإنما نذكرها كمرشد لإجراء الفحص .

## حديث المريض

من المعتاد الاهتمام بكل من نوع حديث المريض ومحتواه ، فنوع الحديث هو الأسلوب المستخدم في الكلام ، وكيف يقدم حديثه من حيث هو مستمر أم متقطع ، سريع أم بطيء ، وأسطط طريقة لفحص محتوى الحديث هي أخذ عينة حرفية منه لفحصها ، وتعني بمحتوى الحديث ما يسوده من مواضيع .

## الحالة الانفعالية ( Mood )

وهنا نحاول تبين ما إذا كانت حالة المريض الانفعالية ثابتة أم متغيرة ، وما هو الانفعال السائد بقدر الإمكان ، وكثيراً ما نصف تلك الحالة الانفعالية بكلمة واحدة مثل " مكتئب " والطريقة الفيدة في سير الحالة الانفعالية للمريض هي توجيه بعض الأسئلة مثل " ما الذي تشعر به في داخل نفسك ؟ " أو " كيف حالك ؟ " .

## محتوى التفكير

### الضلالات

لا يمكن الكشف عن وجود الضلالات إلا عن طريق الاستجواب البقيق ، فبعض المرضى قد يتكلمون عن ضلالاتهم بثقائية شديدة ، ويعطون أمثلة متعددة لأفكارهم غير المنطقية ، بينما يحتاج البعض الآخر إلى أن توجه إليهم الأسئلة .

وفي العادة نجد أن الضلالات الاضطهادية ( البارانوية ) تحتاج إلى أسئلة بسيطة لا تثير شكوك المريض ، مثل " هل يعاملك الناس كما يجب ؟ " أو " كيف يعاملك الناس ؟ " فمثل تلك الأسئلة تفيد كثيراً ويمكننا السؤال عن اتجاه الشخص نحو ذاته هو كما يمكن سؤاله عما إذا كان يعتبر نفسه شخصاً طيباً أو شريراً ، فمثل هذه الأسئلة قد تساعد على تبين الشعور بالنسب واتهام الذات .

### الأفكار المراقية

من المهم تبين أن هذه الأفكار كثيرة الحدوث بين المرضى النفسانيين ، وعلى هذا فالمريض قد يعاني من قدر ملحوظ من المخاوف المراقية ، في مجال الأعراض الجسمية مثل الوعي بدقات القلب ، ومن ناحية أخرى نجد المريض شديد الاكتئاب قد يشكو من مراق شديد قد يغيب عن الطبيب النفسي إلى أن ينتبه إلى مدى دلالة

المراق على وجود الاكتئاب ، كما قد نجد أفكاراً مراقية غائمة في الأمراض العصابية .

### ظواهر الوسواس والقهر

هنا يجب أن نسأل عن عادات المريض ، فيما يخص عدة نواح من حياة المريض اليومية ، فمريض الوسواس قد يمارس طقوساً في غسل يديه وجسمه ، أو عند تناول طعامه - عندما يشعر باضطراب إلى ممارسة هذه الطقوس ولو أنها تسبب له كثيراً من الضيق ، وكثيراً ما يخجل المريض خجلاً شديداً من مثل تلك الأعراض، ولا يناقشها إلا بصعوبة ، والأفعال القهرية هي مصاحبات حركية لأفكار الوسوسة.

### اضطرابات الإدراك ( Perceptual disturbance )

هنا يسجل الفاحص الهلوسة ، وخداع الحواس ، مع ذكر الحاسة التي تظهر في مجالها الهلوسة ، إضافة إلى محتوى الهلاوس وكذلك الظروف المهيئة لحدوثها .

### اختبار النواحي الاستعرافية ( Cognitive testing )

#### الذاكرة

إذا قارنا تفاصيل التاريخ الذي يعطيه المريض عن مرضه بالتاريخ الذي نحصل عليه ممن يصحبه من أفراد ، أمكننا الحكم على ذاكرة المريض عن الأحداث الماضية البعيدة ، أما الذاكرة القريبة فيمكن اختبارها بشكل مرض عن طريق الطلب من المريض أن يقدم وصفاً لما مر به خلال الساعات الأربع والعشرين السابقة على الفحص ، ويمكن فحص القدرة على الاحتفاظ بالمعلومات الجديدة بما يلي :

أ - نعرض على المريض اسماً أو عنواناً أو رقم هاتف ثم نسأله عنه فوراً أو بعد خمس دقائق .

ب- نطلب من المريض أن ينصت إلى جملة ما على أن يعيدها حرفياً بعد ذلك .

مثال " أحد الأشياء التي يجب أن تتوفر لأمة حتى تكون غنية هو مصدر مناسب من الأخشاب " .



## الاهتداء بالزمان والمكان والأشخاص ( Orientation )

يجب أن تسجل ما يذكره المريض عن وقت الفحص وتاريخه والمكان الذي يجري فيه ، كما يجب أن تسجل ما يظنه المريض عن نفسه وما يعرفه عنك .

### التركيز

يجب تسجيل مستوى انتباه المريض ، إلى ما يطلب منه الإجابة عليه من أسئلة ، كما يجب أن نحاول اختبار قدرة المريض على التركيز عن طريق طرح العدد " سبعة " من العدد " مائة " والاستمرار في هذا العمل على التوالي إلى أن يتوقف ، مع ملاحظة عدد الأخطاء التي يقع فيها والزمن الذي يحتاجه لإجراء هذا الاختبار .

## المعلومات العامة والذكاء

تحت عنوان " المعلومات العامة " نحاول معرفة ما قد يحتفظ به المرء من المعرفة العامة ومن الأسئلة المفيدة في هذا المجال نذكر على سبيل المثال ، مدى وعي الإنسان بالأحداث الجارية ، والمواضيع التي تحظى بالاهتمام العام وقت الفحص ، ومدى معرفة المريض بالأشخاص الذين تسلط عليهم الأضواء ، وأسماء السياسيين الذين يكثر ذكرهم. كما يمكن تقويم ذكاء المريض بشكل عام عن طريق معرفة الخلفية الدراسية التي توصل إليها ومستواه الوظيفي ، ونحاول وضع المريض على إحدى درجات التقسيم التالي :

أ - تحت المتوسط

ب - متوسط

ج - فوق المتوسط

## البصيرة (Insight)

يعد الحكم على بصيرة الإنسان من أصعب الأشياء ، وهي لا تعني فقط سؤال المريض عما إذا كان على علم بمرضه أم لا ، ولو أن الوعي بوجود المرض هو بالطبع أحد المحكات الهامة عن البصيرة ، ولكن تحديد مستوى بصيرة المريض لنفسه والتعليق عليها يحتاج إلى معرفة الطبيب بمدى وعي المريض بمرضه ودرجة شدته وأثر ذلك على باقي الناس من حوله مثل عائلته ورؤسائه وزملائه ، وكيف

يشعر هو نحو الحالات الأخرى المصابة بنفس مرضه كما يمكن تكوين فكرة عن بصيرة المريض إذا ما طلبنا منه التحدث عن مشاريعه التي ينوي تحقيقها في المستقبل .

## الاستقصاءات الخاصة

تشمل الاستقصاءات الخاصة للحالة العقلية استخدام اختبارات الوظائف النفسية ومن المهم الإشارة هنا إلى أنه ليس هناك اختبار نفسي مثالي ، وتلك الحقيقة قد تسبب الدهشة عند بعض الطلبة من أصحاب المفاهيم السائدة عن الأبحاث النفسية والإكلينيكية ، فالقياس النفسي فرع مهني متخصص في البحوث النفسية ، وعندما يستخدم جيداً يمكنه توضيح بعض المشاكل في التشخيص مما يرشد ويفن ويخطط لنظام العلاج وإعادة التأهيل ، والاستخدام الرغيع للقياس النفسي ( Psychometry ) يعتمد على استخدام مجموعة من القياسات والاختبارات بمرس لتأهيل القياس بواسطة الإحصائي النفسي وليس بواسطة الطبيب ، فكما أن الإحصائي المعلمي هو ظهير الطبيب الباطني ، فالإحصائي النفسي ( Psychologist ) هو ظهير الطبيب النفسي ( Psychiatrist ) .

والمجالات الشائعة للقياس النفسي تشمل قياس الذكاء وتقويم " بنية الشخصية " واختبارات الذكاء شائعة الاستخدام ، وتشمل ( بطاقات " رافن Raven " المتدرجة ) ومقياس " ميل هيل Mill Hill " اللفظي ، وهذه الاختبارات هي للقدرة اللفظية العامة والخاصة للأفراد أو المجموعات . وتعطي تقويماً مقبولاً لمستوى الذكاء ، ومقياس " وكسلر Wechsler " لقياس ذكاء البالغين (WAIS) هو مقياس آخر جيد للتقنين بيد أنه أكثر شمولاً عن الاختبار السابق ، وهو يشمل اختبارات للأداء إلى جانب الاختبارات اللفظية .

وتعتمد اختبارات الشخصية على استبيانات صممت لتبين الأنماط المختلفة لبنية الشخصية وأحد أمثلتها استبيان " مينيسوتا " للشخصية متعدد المراحل (MMPI) ، ويشمل ما يزيد عن خمسمائة بند ، وقد صممت الأسئلة لسير الاتجاهات النفسية عند الشخص موضع الاختبار ، والتي يمكننا أن نستخلص منها وجود عناصر يمكن أن تتجمع لبنني منها هيكل معيناً للشخصية ، كما يظهر هذا الاختبار وجود عناصر تشبه على أقل تقدير المتلازمات النفسية المرضية . أما استبيان " ميلون Millon " الإكلينيكي متعدد المحاور ( MCMI ) فهو اختبار أرفع في المستوى ويقيس العديد من أبعاد الشخصية .

وأبعاد الشخصية هي متصلان به ذاتة ، وضع في القرار على أساسها فمثلاً نجد الدارس يرى قدر ما من الذكاء وهم إلى حد ما حصيلون وكل من هذين الوجهين يقال لأبعاد الشخصية التي تعودنا على وجودها - إلا أن الأبعاد يمكن بناءها بالاستعدادات الانقرابية ، والبرر لهذه الاجراءات هو أنها تتماشى مع شيئا قائمداً إيجابياً . ومن الأمثلة الجيدة على هذا هو ( بؤرة التحكم للعالم دوتار Keller ) الذي يرى الدارس من حيث مقدار توجيههم الى خارج ذواتهم - أو إلى داخلها ، فالذات خسر المواجهة سر داخل ذاته يدري ما يريد من حياته هو وبما كانت تلك أهدافه الذاتية فإليه بؤرة تحكم تعمل من خارج ذاته ويستجيب للأحداث كذا أو كذا بكرة من الأمور مستنداً إلى الباع الرديج ، والله أعلم بالصواب وهذا كله محض رأي لا يقدر المزاول ذات الأحداث والعشوائية .

وقد توضع بعض الناحيات على أن لا يترك أي إيراد ذات شخصية إلى مستوى تقريبي  
في ذلك ، فإيجاد الشخص في عدد "person" في الأدبيات العلمية والأنطويات  
بعد أن تم هذا الاتجاه

وعند تخليق مغالبيوس التفاضل ( *Differential Scales* ) في البعوض، الخاصة بالحالة العامة وذلك في فحوص هذه الحالة عند المفرضي العقلين ومن أمثلة ذلك مغالبيوس في فحوص الحالة ( *Hamilton* ) الأولى، والتي يقيس مختلف الأجزاء والأملاح، وكذلك استبيان " *Ward* " و *Goldberg* للصحة العامة ( *Goldberg* )، والذي يستعمل خاصية المماسر العام

ويصعب استبعاد الشك في أن هذه القياسات النفسية وحدها تلك ذات أهمية  
للأهمية التي يوليها المبرهنون. هذا واضح "كيلي" Kelly "أما في حالات أخرى، أب  
المفاهيم (Dimensional matrices) أو "شبيكات البنى"، وفيها يطلق من المبرهنين أن  
بعض بنى نفسية معقدات متغيرة ذات دلالة بالنسبة له ثم تقدم تقويما موضوعيا للأهمية  
المنفردة للدلالة. وهذه الشبيكات القياسية بالمستخدات هي إحدى مجالات الأبحاث  
المهمة، ولكننا إلى الآن نجد أن الإحصائيين النفسيين يجدون صعوبات في  
تطوير هذه الشبيكات لاستخدامها الكليتها.

## الفدوجن العملية

أما عن ذلك فمدرس شطية في الطب البستاني ، ولو أن صاحب المجلد  
والأستاذ والأستاذة البيئية وفحص الدم لبيان الإصابة بالزهري لأتت باب المجلد





## قراءات اضافيه

- Austin, G. (1988) *Found of Psychobiology*. Oxford University Press, Oxford.
- Higginson, F. F. & Hill, F. D. (1995) *A Manual of Physical Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Davis, D. R. (1994) *An Introduction to Psychopathology*. Oxford University Press, Oxford.
- Ellis, E. J. (1985) *Clinical Psychopathology*. John Wright, Bristol.
- Frommella, F. (1976) Personal constraints. *Recent Advances in Clinical Psychiatry*, 2, 81.
- Freud, S. (1989) *Psychopathology of Everyday Life*. Penguin, London.
- Jaspers, K. (1968) *General Psychopathology*. Manchester University Press, Manchester.
- Rundell, R. (1975) *The Role of Diagnosis in Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Schneidman, K. (1979) *Clinical Psychopathology*. Gower & Stratton, London.
- Shepherd, M. & Zunguill, C. L. (1983) *General Psychopathology*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Trumble, M. (1965) New brain mapping techniques and psychiatry. *Recent Advances in Clinical Psychiatry*, 5, 225-44.
- World Health Organisation (1988) ICD 10, Geneva.

\*\*\*\*\*

## الفصل الثاني

### الاضطرابات الانفعالية

#### ( Affective Disorders )

#### مقدمة

تصنف كل الاضطرابات الانفعالية بوجدان اضطراب أولي في المزاج الانفعالي ، وبطبيعتها القصصيان هذا النوع من الأمراض يؤثر في الحالة الانفعالية والاندفاع المعنوي البعيد عن الاستحسان المادي في حالات الهوس - وهي - الالاضطرابات النفسية العصابية نجد أن الاضطرابات الانفعالية التي اخف وطأة ولو أنه تؤدي إلى درجة غير متوقعة من الاعاقة النفسية

والأهم من ذلك أن ترك الذي يربط كل هذه الاضطرابات الانفعالية هي أنها تتجاوز حدود المرض وفي وقتها في حدود القنوعات المعتادة في الحياة الانفعالية التي تمثل جزءاً متداوياً من الحياة العقلية السوية .

والخاصية المميزة الثانية للتغير الانفعالي المرضي هي عدم استجابته للمؤثرات الخارجية ، فاضطراب المزاج لا يمكن علاجه بسهولة ، ولا يمكن دمج مفعولاته التي أية درجة ومظه في تلك حال المرضي بالهوس حيث الحاد الذي لا يمكن أن نحدد من سلوكه المرضي عن طريق تعامله مع هذا السلوك الضامن .

وأي مظاهر أخرى متساحبة للاضطرابات الانفعالية ، سواء كانت نفسولوجية أو في مجال الإدراك مجدها ثانوية وتظهر بعد التعيين الانفعالي الأولي

#### تصنيف الاضطرابات الانفعالية

كان " كريبيلين " ( Krepelin ) أول من وضع تصنيفاً للمرض والاضطرابات ( Manic depressive insanity ) أي أنه مرض يتطوّر فيه حدوث الهياج والاكتئاب . وهذا " كريبيلين " أحد رؤوة الأطباء نمند إلى ما وراء الاضطرابات الهوسية الاكتئابية - وأصبحت أكثر وضوحاً بوجود الاكتئاب على أنه مرضي قائم بذاته .

ويُظهِرُ هـ هـ استعداداً وراثي مدخله . واستجابته خاصة للعلاج ومن الممكن أن يفتقد أساساً عام تكوين بيولوجي مدخله .

## الاكتئاب

في هذا المرض نشبه الحالة الانفعالية حالات الحزن أو الأسى ولكنها تكون معقدة لا تتغير بعكس التعبير الانفعالي المؤقت الذي يمر به الناس عند تعرضهم لحظله . أسباب . الإجهاد النفسي أو يساهم بين سبباته وأخرى من سمات الروح . والأمر الهام فيما يخص الاكتئاب هو أن التعبير في الحالة الانفعالية يظل دائماً مألوماً هو عليه وبما يفوق تلك التغيرات الانفعالية كماً وكيفاً . والإضافة إلى ذلك ، مقابل اضطرابات جنسية وانفعالية أخرى . وللمرء بذلك ما يستدعي توسع مفهوم الاكتئاب . في محاولة مما لتشرح كل نوع من أنواع الانفعالية التي يمر بها الإنسان .

ويكثراً ما يصعب علينا التمييز بين الاكتئاب الحقيقي وبين حالات المسقم المزاجي الذي يسبب التشوهات العضلية من الذين يذمنون الحشرات أو الخجول أو من يذمنون المراضى حزنًا تسبب لهم ألاماً شرجية فيلجأون إلى تناول العقاقير المسكنة وهذه ألام تعوق التدبير . إلا أنها ليست اكتئاباً . وكثيراً ما يُشار إليها بمصطلح ( Hypochondria ) .

ومصاحبات الاكتئاب هي :

- 1- الأرق
- 2- فقد الطاقة الحيوية
- 3- فقد الاهتمامات .
- 4- فقدان الشهية للأكل .
- 5- هدر الوقت
- 6- الحالة Impotence وهذه الرغبة الجنسية .

## الأسباب

• • • • • دلالة الموت و • • • • • دلالة الموت

الاكتئاب . مرض سام . فـ • • • • • دلالات مرضه على الممارسين العامين تحصل إلى 31





## الطبقة الاجتماعية

حتى وقتنا الحاضر ، يكثر شيوع الاضطرابات الانفعالية في الطبقتين الاجتماعيتين الأولى والثانية ، بعكس الذي يكثر بين الطبقتين الرابعة والخامسة ، ومن الواجب تذكر أن هناك عوامل اجتماعية لا يسهل تبينها بينما يحتمل أن تلعب دوراً إلى درجة ما في إحداث الاضطرابات الانفعالية وفي الطبقات العليا من المجتمع قد يكون اكتشاف الاكتئاب أقرب إلى الاحتمال سواء بواسطة الطبيب أو المريض ، وقد تبين هولينجهد وريدليش ( Holingshead & Redlich ) أن هذا هو الحال في أمريكا الآن - على كل حال -

فقد بين هولينجهد وريدليش ( Holingshead & Redlich 1958 ) أن الشئس والعلاج يتأثران تأثيراً واضحاً بالانتماء إلى طبقة اجتماعية معينة ، ففقراد الطبقة الاجتماعية العليا يكثر تشخيص حالاتهم على أنها حالات عصبية يتم علاجها علاجاً نفسانياً في حين يغلب تشخيص الاكتئاب الذهاني بين أفراد الطبقة الاجتماعية الدنيا ويعالجون منها بالجلسات الكهربائية ، ويبدو أن هذه التحيزات تعتمد على " الطبقة الاجتماعية " التي ينتمي إليها المريض . وفي الدراسات الجموعية الحديثة التي أجريت في المملكة المتحدة ، تبين وجود زيادة في معدل حدوث الاكتئاب بين الإناث من الطبقة العاملة ، وخاصة بين من لهن طفل أو طفلين ، وقد سجلت تلك الدراسات نسبة لحدوث الاكتئاب في هذه الفئة تتراوح بين 15٪ إلى 20٪ من العينة المدروسة .

وترجع نتائج الأبحاث الجارية حالياً وجود معدل حدوث الاكتئاب أعلى بكثير بين طبقات المجتمع الدنيا اقتصادياً واجتماعياً ، بغض النظر عن طريقة تحديد هذه الطبقات .

## البنية ( Constitution )

نفس الجسم . يسود النوع المكتنز ( Pyknic ) أي المميز بظراف صغيرة مع كبر حجم الصدر والبطن ( مستر بيكوك في الرواية المشهورة لتشارلز ديكنز ) .

الشخصية : تكون الشخصية المصاحبة للاضطراب الانفعالي عادة من النوع المتميز بتماوج الحالة الانفعالية ( أي الشخصية دورية المزاج Cyclothymic ) .

وكثير ممن يصابون بالهوس يتميزون قبل مرضهم بشخصية تتميز بقدر غير عادي من المرح والنشاط وهي المعروفة ( بشخصية الهوس الخفيف Hypomanic ) .

### الإجهاد النفسي ( الكَرْب Stress )

إن صلة الاكتئاب بالأسباب الخارجية الظاهرة هي صلة ينتابها الغموض في الأغلب ، فهي كثيراً ما تفضل الطبيب ، فالأسئلة التي يعرضها المريض أو أقرباؤه قد تكون هي المظاهر الأولية للمرض نفسه ، فمثلاً قد يشكو رجل من الاكتئاب بعد فترة عماله ، وقد تتبين من التحريض الأعرق لحالته أن أعراض الاكتئاب قد سبقت حادثة الرفق ، وأنه إنما فقد وظيفته بسبب عدم الكفاة التي هي نفسها إحدى علامات الاكتئاب .

### السن

يلعب السن دوراً كبيراً في إحداث الاكتئاب ، فبعض المجموعات العمرية هي أكثر تعرضاً للاكتئاب بشكل واضح ، فكبر السن مع الإحساس بالوحدة وخوف الموت "Thanatophobia" من أظهر الأمثلة على ذلك ، ومرحلة العمر المتوسط قد تهدد بحدوث الاكتئاب تهديداً خاصاً بالنسبة للرجل المكافح ، فإذا تزامن ذلك مع فقد أحد أبنائه عند زواج هذا الابن ، فمن المحتمل أن يصبح هذا الموقف أكبر من احتمالته وهذا يدفعه إلى الاكتئاب . ويتميز سن المراهقة بالعديد من العوامل النفسية ، والاكتئاب وقتئذ نادر ولكنه يكون قاسياً إذا حدث ، أما أقسى أنواع الاكتئاب فيحدث بعد سن الستين .

### العوامل الفسيولوجية المرسبة للاكتئاب

1- **الولادة** : وهي حدث له دلالة فسيولوجية ونفسية ، وهي أولى العوامل المرسبة للاكتئاب وأظهرها ، وتقلب الحال الانفعالي في فترة النفاس ظاهرة طبيعية أما الاكتئاب الشديد فهو محتمل الظهور ويحتاج عندئذ إلى تشخيص سريع مع علاج فوري .

2- **انقطاع الطمث (Menopause)** : يصحب انقطاع الطمث تغيير في معدل إفراز الهرمونات ، مع تغير نفسي وكثيراً ما يصحبه الاكتئاب .

3- **الحميات الحادة** : مثل الانفلوانزا التي قد تبدأ نوبة اكتئابية حادة .

- 4- **الأمراض المزمنة** : وخاصة تلك المصحوبة بالألم ، فيكثر معها حدوث الاكتئاب  
ومما يؤسف له أن هذا الاكتئاب يستمر دون أن يتبينه أحد في حين أنه من  
الممكن علاجه وعندئذ يصبح المرض أكثر تحملاً .
- 5- **اليرقان (Jaundice)** .

### العوامل الاجتماعية

يمكن أن تفسر العزلة الاجتماعية حدوث نسبة كبيرة من حالات الاكتئاب المزمن  
وبخاصة إذا ما صاحبها فقد الأمن مع الشعور بالوحدة ومما يسببه كل ذلك من  
اليأس .

### العقاقير

تسبب الكثير من العقاقير حدوث الاكتئاب ، بما في ذلك مركبات السلفا  
والميثيل دوبا ، والرزبين والفينوباريبتون وحبوب منع الحمل من أي نوع ،  
وبخاصة تلك التي تحتوي على نسبة كبيرة من البرجسترون . وقد يؤدي تناول  
مركبات الكورتيزون إلى الاكتئاب وبخاصة عند التوقف عن تناولها ، كما تكثر  
حالات الاكتئاب عند سحب عقاقير الأمفيتامين ، كما أن هناك بعض العقاقير  
المستخدمة في علاج الشلل الرعاش ( متلازمة باركنسون ) والتي تسبب  
الاكتئاب ، مثل البينزهاكسول قد تؤدي أيضاً إلى حدوث الهياج أو الاختلاط الذهني .  
كما أن الكثير من الأدوية المستخدمة لعلاج ارتفاع ضغط الدم قد تسبب  
الاكتئاب أو تتدخل مع تأثير العقاقير المضادة للاكتئاب ( المبهجة ) .

### المظاهر الاكلينيكية ( السريرية )

#### تغير الحالة الانفعالية ( Mood change )

وهو العنصر الأساسي في كل مرض اكتئابي ، وهنا تجدر بنا الإشارة إلى  
أنه من الواجب عدم الخلط بين المعنى اللغوي والمعنى الطبي لكلمة " اكتئاب " .  
فعندما نتحدث عن الاكتئاب طبياً فإننا نعني بهذا وحدة مرضية كانت تدعى من قبل  
" الملائخولية " وهذه الكلمة الأخيرة مصدرها إغريقي وتعني زيادة خليط " المرة  
السوداء " حسب نظرية الأخلاط الإغريقية ( Humoral Theory ) ولا يستخضم هذا  
اللفظ للدلالة على شعور عابر بالحزن أو اليأس .



فالحالة الانفعالية لمرضى الاكتئاب تظل كل حياته العقلية ، وعلى ذلك ففي حالات الاكتئاب الشديد ، تصدر عن المريض أحكام خاطئة ، وتعتبره ملاحظات فكرية مبنية على حالته الانفعالية : فقد يصرح المريض بأنه قد تم الحكم عليه بالإعدام بسبب ذنوبه العديدة .

وهذا الاكتئاب الشديد نادر الحدوث ، أما الصورة الإكلينيكية الأكثر حدوثاً فهي الاكتئاب المصحوب بظلال قائمة تسود نظرة المريض إلى الدنيا ، فيبدو العالم مادياً مظلماً ويبدو المستقبل يائساً ، ويرى المريض نفسه فاشلاً لا يستحق رحمة ولا عطفاً من أحد ومن يشعر بمثل هذه المشاعر يميل إلى محاولة الانتحار .

ويكثر بين المرضى المكتئبين اتهام الذات بالخطايا وعدم الاستحقاق لأية مزية .

### النشاط النفسي الحركي ( Psychomotor activity )

مع بدء التغير الانفعالي يأتي التغير في النشاط النفسي الحركي ، فتكون مشية المريض بطيئة وكذلك حديثه ، والذي يحتاج إلى مجهود حتى ينطق المريض به ويسمى هذا "Retardation" تعويقاً في النشاط النفسي الحركي ويكون المريض على وعي بهذا التغير في نشاطه وكثيراً ما يشكو البطء في التفكير وصعوبة التركيز الذهني ، كما يمكننا استخراج هذه العلامات فيما بعد باستخدام اختبارات بسيطة للتركيز مثل توالي طرح العدد "7" من العدد "100" ويظهر ضعف التركيز في عمل المريض ومذاكرته لدروسه ويمكن تأكيد ذلك بسؤال زملائه الذين يقررون أنه لم يعد قادراً على القيام بعمله بنفس مستوى الكفاءة السابقة ، كما تجد ربة البيت أن واجباتها المنزلية تتراكم بينما تبقى هي في حالة من اليأس عاجزة عن التركيز ، بل وقد تشعر بالحزن واليأس ، أما البكاء فليس شائعاً بصفة خاصة في مرض الاكتئاب ، أما ما هو أكثر حدوثاً فهو تصرّيح المريض بأنه " قد تجاوزت المرحلة التي يمكنني فيها البكاء ، فلم أعد أستطيعه ، وربما أنني سيشعر بتحسن لو أنني بكيت " .

### اضطراب النوم

يكثر حدوث الأرق في مرضى الاكتئاب ، وقد يظهر في شكل تأخر بدء النوم أو النوم المنقطع أو الاستيقاظ المبكر ، ويقال أن الاستيقاظ المبكر هو أكثر اضطرابات النوم حدوثاً بين المكتئبين .

فالمريض يستيقظ مبكراً ولا يستطيع العودة إلى النوم ثم يبقى مستيقظاً لعدة ساعات بعد ذلك قبل أن يغادر فراشه بلا نشاط ، وكثيراً ما تمر به أحلام سيئة .

## التغيرات الجسدية الأخرى

يفقد المريض في أثناء النهار الهمة للعمل والاهتمام بما حوله والشهية للأكل وكثيراً ما يفقد وزنه . وفقد يكون قبلد الوجدان وفقد الامتسام في الأعراض الأولى في بعض حالات الاكتئاب . وكثيراً ما توجد شكاوى مراقبية ( أي توهم المرض الجسدي ) خصوصاً تلك التي تتركز حول الأمعاء إذ تكثر الشكاوى من الإمساك .

## الأعراض النفسية الأخرى المصاحبة للاكتئاب

يظهر القلق في كل حالات المرض الاكتئابي تقريباً ، وليس هناك جدوى من التفرقة إكلينيكية بين القلق والاكتئاب ، فكبار السن كثيراً ما يظهر عندهم قدر من التهيج ، أي أنهم لا يستقروا في مكانهم بل يتملطون ، ويعتريهم نشاط مفرط لا يهدفون من وراءه إلى عمل شيء محدد ، مع فرك اليدين وعدم القدرة على البقاء في وضع الجلوس أو الرقود . وقد يصبح هذا التهيج شديداً لدرجة أنه يشبه الهياج الهوسي ، إلا أن المريض يبدو مكتئباً يائساً ، وقد تبدو ضلالات العظمة خصوصاً عند متوسطي العمر وكبار السن المكتئبين بل وقد تسود هذه الضلالات الصورة الإكلينيكية .

وقد تظهر بعض الأعراض المراقبية في حالات الاكتئاب ، وقد نقابل ضلالات مراقبية في الحالات متناهية الشدة ، أما "أكثر حدوثاً فهو وجود اتجاه مراقبي خادع ، نحو التغيرات الجسدية المصاحبة للاكتئاب مثل الإمساك ، ويكثر أن تكون الأعراض المراقبية هي التي تدفع المريض إلى استشارة الطبيب . وقد توجهه إلى طبيب عام يلجأ إلى إجراء فحوص معملية كثيرة بدلاً من استشارة الطبيب النفسي.

والمخلص هو أن الآراء الحديثة تعتبر أن أعراض المرض الاكتئابي في الحالات المسماة "بالاكتئاب الذاتي" أو "الاكتئاب الأولي" هي :

- 1- سبب ذاتي ( أي غيبة الأسباب الخارجية ) .
- 2- الحاجة إلى علاج بيولوجي .
- 3- وجود تغير كيميائي حيوي مفترض في أنسجة الدماغ .

ولدينا الآن براهين قوية توضح بأن الأعراض الأولية والأكثر أهمية للأمراض الاكتئابية الكبرى هي البطء الحركي النفسي والتهيج ، ولوم الذات وضعف التركيز بالإضافة إلى التغير الانفعالي .

## التشخيص التفريقي

أهم الأمراض الجسدية التي يجب استبعادها قبل تشخيص الاكتئاب هي :

- 1- الوذمة المخاطية ( Myxoedema ) .
- 2- الشلل الرعاش ( مرض " باركنسون " ) .
- 3- الوهن العضلي الوبيل ( Myasthenia gravis ) .
- 4- مرض " أديسون " ( Addison's disease ) .

أهم الأمراض النفسية التي يجب تفرقتها من الاكتئاب هي :

### 1- الفصام

قد يسهل وجود اضطرابات في التفكير والضلالات الأصلية من تشخيص الفصام، إلا أنه يجب ملاحظة أن إرهابات الفصام قد تكون مجرد اكتئاب ، ولذلك فالأكتئاب في مرحلة المراقبة يجب أن يشخص بعناية الحرص .

### 2- الخرف ( Dementia )

يجب أن يدعى وجود علامات التدهور العضوي إلى احتمال تشخيص الخرف برغم أن الاكتئاب النموذجي قد يشبه الخرف ، كما أن الاكتئاب قد يكون أحد مضاعفات الخرف .

## مضاعفات الاكتئاب

### 1- الانتحار أو محاولته :

كل مريض الاكتئاب يجب تقويم حالتهم تقويماً دقيقاً من ناحية احتمال الانتحار . فلا يجب إهمال التهديد بالانتحار ، بل يجب أن نضع هذا التهديد موضع الاعتبار . ومن المهم جداً ملاحظة أن كثيراً من الآراء السخيفة بخصوص

الانتحار يجب إسمائها ، ومن أمثلة ذلك أن المريض الذي يصريح بأنه سيقتل نفسه يقدم عليه ، فقد يكون هذا التصريح أبعد ما يكون من الحقيقة ، وهناك مؤشرات متفق عليها بصفة عامة قد تشير إلى قرب ارتكابه لمحاولة الانتحار وتشمل الاضطراب الشديد للنوم ، وزيادة الاشتغال بهذا الأرق أو وجود تاريخ لمحاولة سابقة أو تاريخ عائلي لمحاولات شبيهة ، أو كثرة الحديث عن الانتحار أو دوام الانشغال بهذه الفكرة ، أو الشكاوى المراقية الشديدة ، أو وجود مرض جسدي مصاحب للاكتئاب ، وكذلك العزلة الاجتماعية والشعور الدائم بالذنب والتقليل من قيمة الذات .

وفي الأعوام الأخيرة شاع تناول العقاقير بجرعات زائدة مقلدة في أثناء الإقامة في المستشفيات لدرجة أن اقترح البعض عدم استخدام اصطلاح " محاولة الانتحار " بالنسبة لهؤلاء الناس وأن يستبدل به اصطلاح " تسميم الذات Self - poisoning " وفي كل الحالات ، وكيفما سمينا هذه الحالة ، فالواجب أن نتذكر دائماً أن بعض الناس يتناولون من أن آخر عقاقير مثل الأقراص المتومة بجرعات أكبر من الجرعة العلاجية في محاولة لإخفاء الحقيقة عن طريق النوم العميق ، وكذلك بجذب الانتباه إلى مشاكلهم الشخصية أو الاجتماعية ، ولا يعني هذا أننا نقرح اعتبار محاولة الانتحار ظاهراً نفسياً خطيراً ، ولكننا يجب أن نتبين ضرورة تقويم كل محاولة من هذه المحاولات بواسطة الطبيب ، مع مراعاة ظروف المريض الشخصية والاجتماعية .

## 2- سوء التغذية

3- تفاقم الأمراض الجسمية : عن طريق الإهمال مثل التدنن الرئوي أو الداء السكري .

## 4- إدمان العقاقير والمواد المخدرة أو الكحوليات

وقد يحدث هذا كمحاولة " لمقاومة " الاكتئاب .

## العلاج

إن الاكتئاب هو أكثر الأمراض النفسية تقبلاً للعلاج ، ومعظم مرضى الاكتئاب يعالجون حالياً في العيادات الخارجية ، ولكن إدخالهم المستشفى قد يكون ضرورياً في حالات الاكتئاب الشديد وبخاصة عند وجود خطر الانتحار .



## (أ) الإجراءات العلاجية العامة

في هذا العصر المميز بالعلاج الجسدي لا يجب أن تنتظر التحسن التلقائي للاكتئاب ، إذ يشعر معظم الأطباء النفسانيين بأن معاناة المريض لا يجب أن يسمح لها بأن تبقى بدون داع ، إلا أنه يجب ملاحظة أن التبريض النفسي المتقن والعقاقير المهدئة يهيئان للمريض دائماً كثيراً من الراحة ويؤديان إلى حدوث درجة من تحسن المريض المكتئب .

### (ب) العلاج الجسدي

#### 1- المعالجة بالتخليج الكهربائي ( Electroconvulsive therapy )

يعتبر العلاج بالتخليج الكهربائي (ECT) سفيداً جداً كعلاج مضاد للاكتئاب وبخاصة في حالات الاكتئاب الشديد ، ولكن استخدامها قل كثيراً مع وجود العقاقير المبهجة ( المضادة للاكتئاب ) ولذا فقد بدأ كثير من الأطباء النفسانيين يتسألون عن جدوى العلاج الكهربائي ( أنظر فصل 13 ) .

#### 2- العقاقير المبهجة ( المضادة للاكتئاب ) ( Antidepressant drugs )

تشمل هذه العقاقير الأدوية ثلاثية الحلقات وتلك المثبطة للإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية (MAOIs) ، وسيأتي ذكر بعض هذه العقاقير باستفاضة في الفصل الثالث عشر ، وبوجه عام نجد العقاقير ثلاثية الحلقات مستخدمة على نطاق أوسع من مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية التي لها مثالب من ناحية الأعراض الجانبية ويبدو أنه في الوقت الحاضر قد أصبح الكثيرون يتسألون عن دور العقاقير ثلاثية الحلقات إذ أنه من المحتمل أن استخدامها قد أصبح مبالغاً فيه، إلا أن العقاقير المبهجة لازالت هي المحور الرئيسي لعلاج الاكتئاب .

#### 3 - العلاج النفسي ( Psychotherapy )

ويكون عادة عاملاً داعماً للعلاج البيولوجي .

#### 4 - العلاج بالعمل ( Occupational therapy )

#### 5 - العلاج بالتأهيل الاجتماعي ( Social rehabilitation )

#### 6 - العلاج الاستعرافي ( Cognitive therapy )

( أنظر الفصل الثالث عشر ) .

يميل الاكتئاب إلى الارتجاع ، وقد يبدو أن العلاج الدوائي طويل المدى باستخدام العقاقير المبهجة ، يؤدي إلى تجنب المعاناة ، برغم أن الأمر يحتاج إلى بعض الوقت لتحديد هذا. ومتوسط مدة الإقامة بالمستشفى هو حوالي ستة أسابيع بالنسبة لمرضى الاكتئاب .

## الهوس (Mania)

الهوس أقل شيوعاً من الاكتئاب ويميل للظهور بشكل مرض حاد وأكثر تحديداً من الاكتئاب ، والاكتئاب المزمن مرض معتاد الحدوث ، أما الهوس المزمن فمرض نادر ، والهوس الخفيف ( Hypomania ) هو المصطلح المستخدم لوصف الدرجات الهينة والمتوسطة الحدة من الهوس .

## الأسباب

- 1- أنظر " الاكتئاب " .
- 2- الشخصية قبل المرض : شخصية مريض الهوس قبل إصابته بالمرض تكون عادة شخصية إما دورية المزاج ( Cyclothymic ) أو دائمة النشاط والابتهاج أكثر مما يجب ( الشخصية تحت الهوسية Hypomanic ) .

## المظاهر الاكلينيكية

### الحالة الوجدانية

يصبح المريض منشرحاً أو متهلاً ( Hilarious ) ويوصف مرضى الهوس بأنهم قادرين على نقل انشراحهم إلى الآخرين ولهذا نجد كل من معهم بالغرفة ضاحكاً مشاركاً لمريض الهوس في مرحه ، وغالباً ما يحدث ذلك فعلاً إلا أن هذا المرح نجده متشجاً في كثير من الحالات بسرعة الاستثارة مع ومضات من الغضب وخاصة إذا اختلف معهم أحد . وينكر مرضى الهوس كل الأعراض ويقولون أنهم لم يشعروا في حياتهم بعقل ما هم فيه من المرح ، كما نجدهم متفائلين ولديهم خطط مفصلة للمستقبل ، لا تقتصر على مستقبلهم هم فقط ، بل تتعداه إلى

مستقبل أي إنسان آخر يهيمه المشاركة في خطط المريض التي يرسمها ، وقد تكون تلك الخطط معقولة في أول الأمر ، وإن صديقت بحماس زائد ، إلا أنه ما يلبث أن تظهر فيها الخيلاء عندما يخبو الحس النقدي عند هؤلاء المرضى ، أما استبصار المريض بمدى فقدته للقدرة على الحكم في المواقف المختلفة ، فتغيب تماماً حتى تصل إلى الحضيض وقد تظهر على المريض تغيرات وجدانية مفاجئة مع نوبات عارضة من البكاء والحزن .

## النشاط الحركي

يعقب التغير الانفعالي فرط النشاط الحركي والذي ينبع بالطبع من فرط الشعور بالعاقبة التي ينعم بها المريض ولا نجد حدوداً لطاقة المريض الحركية ، فهو يستيقظ صباحاً قبل الجميع ، ويأوي إلى فراشه ليلاً بعد باقي أفراد الأسرة ، وفي العمل ينتقل المريض من مشروع إلى آخر دون إتمام أي شيء ، ويسرف المريض في شراء أي شيء ، ويسرفون في الإنفاق على ملبسهم ويدعون أعداداً غفيرة غير متوقعة من الأصدقاء إلى المنزل ، وكلما ازداد نشاطهم قل انتباههم إلى الدرجة التي يصبحون معها عاجزين عن التركيز على أي شيء وبشكل مقرايد .

## الحديث

يعكس حديثهم ما يشعرون به من مرح وما يعتريهم من نشاط ويزداد الحديث تدريجياً إلى أن يصبح كاسحاً ، وينتقل المريض من موضع إلى آخر ( تطاير الأفكار ) وتترابط هذه الأفكار ترابطاً عرضياً فحسب ، وكثيراً ما يستثار ذلك الترابط العرضي عندما تروى النكات والفحشيات ، ويكثر المريض من رواية الفكاهة .

## الضلالات

لا توجد ضلالات حقيقية ، ولكن مرضى الهوس يؤلفون مثل هذه الضلالات التي تستند إلى نظرتهم للحياة عموماً وليس من النادر أن يظهر مريض الهوس ضلالات عظيمة خصوصاً إذا ما واجه اعتراضات على خطته .

## الاضطرابات الجسدية

1- لا ينام المريض بسبب نشاطه الزائد .

2- تزداد شهيته دون زيادة في وزن الجسم .

3- تزداد حدة رغبته الجنسية .

4- كثيراً ما يدمن تناول الكحوليات .

## طريقة بدء المرض

يبدأ المرض عادة بشكل حاد ، ومدة المرض في المتوسط هي 6 - 8 أسابيع ، وكثيراً ما تمر فترة تحت الهوس دون أن يلحظها أحد في أول الأمر ، فكل ما يلاحظه الأقارب هو أن المريض قد أصبح مقعماً بالطاقة والمرح لعدة أسابيع ثم يخرج الأمر من بدء .

وكثيراً ما ينتهي الهوس فجأة بينما يتجه البعض الآخر ناحية الاكتئاب .

## التشخيص التفريقي

### الفصام

يمكننا تشخيص الفصام عندما نجد أعراض اضطرابات التفكير والضلالات ، وذلك يفرقه عن الهوس . أما من ناحية الهياج فيصعب استبعاد الفصام من الناحية العملية ، ولكن مرور الوقت يوضح الموقف . ويحدث الهوس في نوبات يفرق بينها فترات من الشفاء التام ويندر أن يحدث هذا في الفصام .

**الهياج بسبب تناول العقاقير :** مثل الأمفيتامين ومركباته .

## العلاج

1- إدخال المريض إلى المستشفى

2- العناية بغذاء المريض : قد يزداد نشاط المريض لدرجة التوقف عن تناول الطعام لعدة أيام قبل نقله إلى المستشفى وهذا يعني أن المرضى يصلون في حالة من الإجهاد والجفاف ، وتبعاً لذلك فقد تزداد حالتهم العقلية اضطراباً بسبب الافتقار إلى الفيتامينات .

## 3- العلاج الدوائي

## (أ) المهدئات (Sedatives) :

يمكن اللجوء إلى التهدئة الفورية في حالات المرضى المحتاجين هياجاً شديداً ،  
إلا أننا قد استبدلنا بذلك الآن استخدام مضادات الذهان .

## (ب) مضادات الذهان (Neuroleptics) :

وهذه المجموعة من العقاقير بالغة الفائدة في تهدئة مرضى الهياج الهوسي ،  
وأكثر هذه العقاقير استخداماً هي :

1- كلوربرومازين ( Chlorpromazine ) ( لارجاكتيل ) بجرعات قد تصل  
إلى جرام واحد كل يوم مقسمة إلى عدة جرعات .

2- الثيوريدازين ( thioridazine ) ( ميليريل )

3- الهالوبيريدول ( Haloperidol ) وتبدأ بجرعة قدرها 5 مجم حقناً في  
العضل ، ثم تلي ذلك جرعات كل ساعة إلى أن يهدأ المريض تماماً . وبعد  
هذا يمكن التحكم في الحالة باستخدام جرعات أصغر كثيراً عن طريق  
الفم .

4- العلاج بالتخليج الكهربائي ( ECT ) ، ولهذه الطريقة مجال كبير في  
علاج الهوس ، وتعطى عادة بالإضافة إلى مضادات الذهان .

5- الليثيوم ( Lithium ) وقد عرف بأنه عقار مؤثر على الحالة النفسية منذ  
عام 1897 ، وكانت له سمعة سيئة بسبب سميته ، وحتى عام 1949  
عندما عاد الاهتمام باستخدامه في العلاج واستخداماته الحالية هي :

- علاج حالات الهوس الحاد .

- علاج حالات الهوس المتكرر .

- علاج حالات الاكتئاب .

وفي حالات الهوس الحاد ، يبدو أن له مكاناً مؤكداً ، ورغم أن استخدامه في  
حالات الهوس الراجع ( المعاود ) مفيد بلا شك كعقار وقائي ، ويعطى العقار في  
شكل كربونات الليثيوم عادة في جرعة تتراوح بين 200 - 600 مجم ثلاثة مرات  
يومياً ، ثم تنقص الجرعة تدريجياً ، حتى تصل إلى جرعة أقل للحفاظ على نتيجة



العلاج ، وتحتّم آثاره السامة الكثيف مزاراً على مستواه في محصل الدم الذي لا يجب أن يزيد عن 0.5 - 1.5 مكافئ جزيئي في اللتر ( 1 / m Eq ) . وتشمل آثاره السامة ما يلي :

- 1- آثار مضمّية : فقد الشهية - غثيان - قيء - إسهال .
- 2- آثار عضلية عصبية : ضعف - رعشة - رنج (Ataxia) وحركات لا إرادية من نوع الرقص الكنعي (Choreo - athetosis) .
- 3- آثار على الجهاز العصبي المركزي : سلس بولي ، رتّة ( ضعف التلفظ Dysarthria ، زغلّة ، فقدان اتزان - نوبات صرعية ، تأخر عقلي ، وسن ) (Somnolence ، اختلاط ذهني (تخليط) - زهول - غيبوبة .
- 4- آثار قلبية وعائية : اضطرابات النبض - تغيرات في رسم القلب الكهربائي ، قصور الدورة الدموية ( دھط دواني ) أي انخفاض ضغط الدم إلى درجة تدعو إلى الإحساس بالفتور العام أو الغيبوبة .
- 5- آثار أخرى : يوال - عطاس - جفاف الجسم .

وبسبب هذه الآثار السينة فلا يجب استخدام الليثيوم في وجود أي نقص في وظيفة الكليتين ، وعموماً يعتبر الليثيوم عقاراً لا يستخدم إلا عندما يكون المريض تحت الملاحظة الطبية سواء داخل المستشفى أو خارجها .

## الخلاصة :

يمكن القول عموماً بأنه من بين الاضطرابات الانفعالية نجد الاكتئاب مرضاً شائعاً بشكل خاص ، وهو قاتل ، للعلاج بأساليب مختلفة إلا أنه قد يسبب متاعب جمة ، ولهذا السبب فلا يجب التغافل عن تشخيصه ، وفي علاج الاكتئاب يجب الالتزام بالقاعدة التي تقول أننا إذا لم نلاحظ علامات التحسن عند استخدام أحد العلاجات ، فلا يجب أن نواصل دفع هذا النوع من العلاج لدرجة العبث بل علينا أن تنتقل إلى علاج آخر .

## المراجع

- Angst, J. (1966) *Zur Aetiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen*. Springer, Berlin.
- Hollingshead, A.B. & Redlich, F.C. (1958) *Social Class and Mental Illness: a Community Study*. Wiley, New York.

## قراءات اضافية

- Färgemann, P. M. (1963) *Psychogenic Psychoses*. Butterworths, London.
- Kendell, R. E. (1976) The classification of depressions. *British Journal of Psychiatry*, **139**, 15.
- Kleist, K. (1974) The cycloid psychoses. In Hirsch, S. R. & Shepherd, M. (Eds) *Themes and Variations in European Psychiatry*. John Wright. Bristol.
- Kräpelin, E. (1921) *Manic Depressive Insanity and Paranoia*. Churchill Livingstone, Edinburgh.
- Leonhard, K. (1979) *The Classification of Endogenous Psychoses*. Irvington, New York.
- Nelson J. C. & Charney, D. S. (1981) The symptoms of major depressive illness: criteria for melancholia. *Archives of General Psychiatry*, **38**, 555-9.
- Perris, C. (1974) *Cycloid Psychoses*. Munksgaard, Copenhagen. (*Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplement 253.)

\*\*\*\*\*

## الفصل الثالث

### الفصام

#### ( SCHIZOPHRENIA )

##### تعريفه

الفصام هو متلازمة مرضية تضم عدداً من الظواهر النفسية النوعية التي يمكن اكتشافها بالفحص الاكلينيكي . ويحدث الفصام قبل سن الخامسة والأربعين ويؤدي عادة إلى تفكك مكونات الشخصية ، فمريض الفصام يفكر بطريقة مميزة كما أنه يسلك سلوكاً غير مألوف ويدرك الظروف المحيطة به بطريقة غير معتادة ، فالفصاميون يعيشون حياة داخلية تسودها أفكار خيالية ولا يتناسب ما يبدو من انفعالات مع ما يجول بخاطرهم ، وهم معزولون عن رفاقهم بحيث يبدو وكأنهم قد اعتزلوا الدنيا ، وقد وصف " كريبلين " Krapelin " هذه المتلازمة سنة 1913 لأول مرة وهو الذي حدد أساسياتها تحت اسم "الخرف المبكر" (Dementia Praecox) ، وقد كانت هذه خطوة أساسية في تاريخ الطب النفسي الوصفي ، إذ أن ما نعرفه الآن باسم الفصام كان حتى ذلك الوقت مدفوناً في خضم من المتلازمات التي تبدو غير متشابهة ، أما اسم " الفصام " فقد استخدمه " بلويلر " Bleuler " الذي كان يرى أن هذه المتلازمة مبنية على عملية تفكك نفسية ، تظهر آخر الأمر في شكل تفكك للشخصية ، وقد اعتبرها هو أيضاً مجموعة من المتلازمات المتشابهة (فصامات) ذات أسباب عدة .

##### السبب

##### معدل الحدوث :

يصيب الفصام 0,85% من مجموع السكان ، وهذا الرقم ثابت لدرجة ملحوظة مهما كان عدد السكان المفحوصين .



## الوراثة

المدى الدقيق لدور الوراثة في إحداث الفصام ليس مؤكداً ، وطريقة حدوث تلك الوراثة مجهول إلى الآن ، ومن الممكن أن نقدر مدى احتمال حدوث الفصام في عائلة المريض الفصامي فنجدها حوالي 5% إلى 10% بين والدي المريض و 5% إلى 15% بين إخوته ( أنظر جدول 1 ) .

وقد كان من المعتاد الرجوع إلى دراسات التوائم التي توضح نسبة قد تصل إلى 80% بين التوائم المتماثلة ، ولكن الرقم المعترف به حالياً هو 60% برغم أن بعض الباحثين ينزل به إلى 30% .

ويتوارث الفصام بصورة كاملة في أجيال العائلة ، ( جدول 1 ) ، في حين أننا نجد 60% من الفصاميين بلا تاريخ عائلي للمرض ، بالرغم من أن حقائق علم الوراثة واضحة الأهمية في هذا المرض ، ولكن هذا العامل لا يكون مسؤولاً بوضوح إلا في نصف الحالات بين التوائم المتماثلة .

## الشخصية قبل المرض

أكد الكثيرون على أهمية بنية الشخصية قبل المرض ، وكما هو المعتاد نجد أنفسنا هنا نواجه صعوبة في الحكم على الشخصية ، ورغماً عن ذلك فقد وُصف ما يعرف الآن بالشخصية " الفصامانية Schizoid Perosnality " ويعنى بذلك نمط من الشخصية يحتوي بذور الفصام ، وأصحاب هذه الشخصية تبدو عليهم سمات سلوكية مثل الانعزالية، والخجل والمراق مع برود الانفعال واللامبالاة والميل إلى التعصب والتطرف .

وعلى كل فقد وجد علماء كثيرون بعض مظاهر الاختلاف في نسبة حدوث هذه الشخصيات الشاذة في المرضى قبل بدء المرض . فقد وجد " بلويلر " هذه الشخصية الفصامانية في 34% من مجموعة من مرضى الفصام بينما وجد علماء آخرون نسباً أعلى ، إلا أنه يجب الإقرار بأن حوالي 50% من مرضى الفصام لا تبدو عليهم ظواهر اضطراب الشخصية قبل المرض وعلى كل حال فوجود علامات اضطراب الشخصية عند شخص نشك في أنه يمر بمرحلة بدء المرض قد يكون مؤشراً مفيداً نحو تشخيص الفصام ، وهناك دليل آخر على الدور الذي تلعبه اضطرابات الشخصية في إحداث الفصام وهو زيادة نسبة المرض بين الأفراد المنحرفين (Deviant) في عائلات المرضى الفصاميين .

## بنية الجسم

أشار الكثيرون إلى نسبة وجود البنية الجسمية الواهنة ( Asthenic ) بين مرضى الفصام ، ولهذا النمط من البنية الجسمية دلالة من حيث سوء مآل المرض وميله إلى الأمان .

## الخبرة العائلية

لقد كتب الكثير عن دور المعاملة المبهمة ( Ambiguous Management ) في طريقة تربية الأطفال إلا أن معظم ما كتب هو مجرد افتراض وكثيراً ما يؤدي إلى إلقاء اللوم على الآباء بدون وجه حق بينما هم يعاقبون بما فيه الكفاية بسبب مرض أبنائهم ، وقد بين " لف و فوجن Leff & Vaughn " (1981) مدى قدرة بعض ديناميات العلاقة العائلية في إحداث انتكاسات عند الفصامين ، فقاما بقياس عامل أسموه " المشاعر المعلنة Expressed Emotion " ، وبيننا أن الإقلال من تعريض المريض إلى العلاقات المتعارضة مع عائلته كان له نفس الأثر الفعال لعقاقير الفينوثيازين في منع حدوث الانتكاسات .

ومن الصعب الحكم على النظريات الدينامية التي تحاول تفسير الإصابة بالفصام ولكن لا ينبغي الظن بأن طبيعة تلك النظريات التفسيرية والغرضية تضعها في مواضع التعارض مع النظريات البيولوجية ، بل إن الأمر بعيد عن هذا فالفصام هو عبارة عن مجموعة غير متجانسة من المتلازمات المرضية ولا توجد نظرية موحدة مقبولة تشرح أسباب حدوث كل هذه الصور بناء على الدلائل المتاحة في الوقت الحاضر .

## الكيمياء الحيوية والفصام

هناك كم متزايد من الأدلة التي تفترض أن الاضطراب المسبب للفصام يمكن انتقاله بطريقة كيميائية حيوية . ويجب الاعتراف بأنه لم يتم إلى الآن تبين تأثير كيميائي حيوي معين له ارتباط خاص بالفصام ، وإحداث ما يسمى بـ " الذهان النموذجي " عند المتطوعين بعد تناولهم " حمض الليسرج " L.S.D " وعقار المسكاليين . يحتمل أن يكون الخطوة الأولى في البحث عن الخلفية الكيميائية للفصام . ورغم ذلك فمن المحتمل أن أهم المؤشرات على وجود اضطرابات كيميائية مرضية في أنسجة الجهاز العصبي كمسببات للفصام ، تم تقديمها لأول مرة بالاعتراف



بالذهان الذي يحدث عند تناول مركبات الأمفيتامين ثم تكرر هذا عن طريق البحوث التي أجريت حول الذهان المصاحب " لصرع الفص الصدغي للدماغ Temporal Lobe Epilepsy " وفي الحالتين حدثت ذهانات لا يمكن تفرقتها اكلينيكيًا من الفصام . وعند مواصلة البحث حول ذهان مركبات الأمفيتامين ظهر " فرض الدوبامين Dopamine hypothesis " الذي يفترض أن لأعراض الفصام علاقة بالزيادة الوظيفية لمادة الدوبامين بتركيبها الكيميائي السوي ، فمادة الأمفيتامين تزيد نشاط الدوبامين وفي نفس الوقت نجد أن العقاقير المضادة للذهان تنقص هذا النشاط ، ويتم هذا الإنقاص فرضاً عن طريق إحصار (Blocking) مستقبلات الدوبامين .

وقد شملت النظريات الكيماوية لإحداث الفصام نظرية تبادل جزئي الميثالين (Transmethylation) وفيه يقترح أن أعراض الفصام تحدث بسبب تراكم أمين حيوي (Biogenic amine) غير سوي ، وتربط وسائل البحث الأخرى بين حدوث الفصام واحتمال وجود التهاب دماغي بسبب " الفيروس البطيء Slow Virus " .

وبالإضافة إلى كل ما سبق فهناك اهتمام له ثقله أثاره اكتشاف " اتساع بطينات المخ " عند مرضى الفصام المزمن وذلك يدل على ضمور أنسجة المخ الذي يمكن أن يصاحب الإصابة بالفيروس البطيء أو الإصابات المصاحبة للولادة .

## المرض العضوي

يمكن للإصابات العضوية مثل الأمراض أو العمليات الجراحية أو الحوادث إظهار ذهان الفصام في حالته الحادة ، أو قد تؤدي إلى حدوث هدأة (Remission) في الحالة الراسخة .

## التغيرات الحياتية

تدل البحوث الحديثة على أن بدء مرض الفصام أو انتكاسه يحدث بشكل واضح بعد حدوث تغيرات في حياة الشخص مثل الانتقال إلى منزل جديد أو الفصل من وظيفة أو المرور بظروف محزنة .. إلخ ، وما يمكن استنتاجه من هذا هو أن مريض الفصام ذو احتمال منخفض حيال تغيرات الحياة أو المثيرات الزائدة عن الحد .



## العوامل النفسية

إن دور العوامل النفسية في إحداث الفصام هو أبعد من أن يكون واضحاً وتعلمنا الخبرة الإكلينيكية الحالية أن مرض الفصام قد يبدأ بعد أي مجهود نفسي . وهناك بعض النوبات التي تخمد تلقائياً ، والتي تظهر بوضوح على أنها مرتبطة بمؤثر نفسي . وعلى هذا فقد أسماها " فارجيمان Fargemann " بالذهانات النفسية المنشأ "Psychogenic Psychoses" . وقد تابع " فارجيمان " عائلة من هذا النوع وقارن بين المآل الجيد لمرضهم وبين ما يحدث بين باقي الفصامين .

ويجب أن تفترض النظرية الشاملة للفصام وجود خلفية كيميائية لهذا المرض أي أن مسارها النهائي طبيعته كيميائية ، وأن المرض يحدث عند الأشخاص المهيئين وراثياً ، وقد يُظهر المرض عدة أنواع من الإجهاد الجسدي أو النفسي أو كليهما . ومن المؤكد حالياً أن هذه النظرية ذات المسببات المتعددة هي أكثر النظريات فائدة في توجيه البحث العلمي . وعلى هذا فالفصام يبدو أنه اضطراب مركب يحدث بمستويات متعددة وأن هناك دوراً هاماً لكل من الوراثة والعوامل النفسية والعوامل الفسيولوجية العصبية ، والعوامل الاجتماعية والكيميائية الحيوية في إحداث المرض .

## المظاهر الإكلينيكية

يحسن وصف هذه المظاهر تحت العناوين التالية :

1- اضطرابات التفكير .

2- الضلالات .

3- الاضطرابات الانفعالية .

4- اضطرابات الإدراك .

5- السلوك .

وسبب البدء باضطرابات التفكير هو أن وصف " بلويلر " الأول للفصام أكد الموقع المركزي لاضطرابات التفكير في مرضى الفصام .

## اضطرابات التفكير الفصامي

تميز هذه الاضطرابات المتلازمة الفصامية ، ونعني بذلك أن قدرة المريض على التفكير المبني على المفاهيم قد تغيرت إلى درجة حدوث خلط بين الأسباب وآثارها ويتوصل الفصامي إلى استنتاجات غير منطقية بناء على مقدمات زائفة ، ويظهر هذا من صعوبة تتبع حديث المريض وعند فحص عينة من هذا الحديث نجد أن المريض يفيض في حديثه دون التوصل إلى شيء يذكر ، فإذا دققنا في فحصنا فإننا نتبين أن ما نطق به المريض مجرد سيل من الكلام الخالي من المعنى ، وقد يتبين المريض نفسه أن قدرته على التفكير قد ضعفت ، وقد يخبر طبيبه بأن تفكيره قد أصبح صعباً بصورة واضحة ، أي أن أفكاره قد أصبحت غامضة وأنه لا يستطيع التركيز ، أو قد يشكو المرضى من تشتت أفكارهم . وقد يتحتم على الطبيب استخدام أسئلة موجهة حتى يستخرج هذه المعلومات من المريض ، وبما أن اضطراب التفكير يظهر في استخدام اللغة ، فقد اقترح البعض أن المريض بالفصام يضطر إلى استحداث لغة خاصة به كي يعبر بها عن أفكاره غير المنطقية لنفسه وللآخرين .

وكثيراً ما يتأثر الانتباه إلى درجة حدوث الظاهرة المعروفة باسم " **انحصار التفكير** " "Thought Blocking" ، وهنا نجد أن مسار التفكير يتوقف ويبدأ مسار جديد للتفكير . ويظهر ذلك في شكل فجوات في حديث المريض ، كما يوجد في حالات الاجهاد والاكتئاب المصحوب بتعوق فكري . وعلى ذلك فانحصار التفكير ليس ظاهرة مشخصة لمرض الفصام ، وكل الأوصاف سابقة الذكر للتفكير الفصامي تفترض مسبقاً أن الشخص يتحلى بقدر من الذكاء ولذا فتشخيص اضطراب التفكير الفصامي يصبح بالغ الصعوبة عند انخفاض مستوى الذكاء .

وقد يعاني الفصامي من توقفات التفكير ويخبر طبيبه ان أفكاره تسحب من رأسه وهي ظاهرة تسمى " **بسحب الأفكار** " Thought Withdrawal ، أو قد يشكو المريض من أن أفكاره تدس في رأسه ، وهذا النوع من الأعراض يثبت وجود الفصام ويصبح تشخيصه مؤكداً إذ أنها لا تحدث في أي مرض آخر .

وبالإضافة إلى ذلك فقد يشعر المريض بانتقال أفكاره إلى الآخرين واصطلاح "الاضطراب الفصامي للتفكير" ( Schizophrenic thought disorder ) يشير إلى اضطرابات التفكير المبني على المفاهيم ( Conceptual thinking ) والتي ذكرناها في أول هذا الفصل .



## الضلالات

الضلالة هي معتقد خاطيء لا يتناسب مع الخلفية الثقافية الاجتماعية (Sociocultural) للشخص ، وهي لا تخضع للجدل المنطقي . والضلالات الحقيقية هي أخطاء أساسية في الحكم وهي غير قابلة للتفسير بقدر عدم قابليتها للفهم ، وهي تظهر فجأة وتكون مصحوبة باقتناع مميز لدى المريض ، ويجب التمييز بوضوح بين الأفكار الضلالية والضلالات الحقيقية أو الأولية ، إذ أن الضلالات الأولية لا يمكن فهمها أبداً بينما تكون الأفكار الضلالية زائفة إلا أن تفسيرها ممكن في ضوء ما تغيز في حالة المريض الانفعالية . ونجد مثلاً على هذا في حالات الاكتئاب الشديد عندما يعاني المريض من أفكار ضلالية يمكن تفسيرها على أساس حزنه واكتئابه مثل اقتناع المريض بأن حياته قد انتهت وأنه لا أمل له في المستقبل... إلخ

وتكون الضلالات الأولية غير قابلة للتغيير وهي خاطئة ويتمسك بها المريض دون استبصار . ويعكس محتوى الضلالة خبرات المريض ويتكون تبعاً لأنماط الثقافة التي ينتمي إليها . وعلى هذا نجد أن الضلالات في القرن الماضي كان مضمونها دينياً أكثر مما نرى في وقتنا الحاضر ، أما الآن فالضلالات الشائعة تشمل اقتناع المريض بأنه واقع تحت اضطهاد المنظمات السياسية مثل الفاشية أو الشيوعية أو أنهم واقعون تحت تأثير الإشعاعات النووية أو الرادار والتليفزيون ... إلخ .

والمريض الذي يعاني من الضلالات أيضاً من أفكار الإشارة (الأفكار المرجعية) "Ideas of Reference" وهي خبرة يجد فيها أن الأحداث الكونية التي قد تكون بالغة التفاهة لها معنى خاص به وأنها ذات دلالة بالنسبة له أو أنها موجهة له بخاصة ، وعلى هذا فقد يجد المريض إشارة إلى شخصه في أحد أعمدة الصحف الشهيرة ، بينما يكتشف مريض آخر أن الممثلين في برامج التليفزيون يلمحون إليه بإشارات تخصه هو بالذات . وتوجد المشاعر السلبية ( Passivity Feelings ) بكثرة بين الفصامين ، وفيها يشعر المريض بأن جسمه يخضع لتأثير الآخرين أو أن الآخرين يتحكمون في جسده ، ولو أننا لا نجد ضلالات العظمة ( Paranoid Delusious ) دائماً في مرض الفصام إلا أن الشعور بالعظمة يلقي بظلاله على كثير من محتويات التفكير عند مرضى الفصام .

## الاضطرابات الإنفعالية ( Emotional disturbance )

يوجد التضاد الانفعالي ( عدم التناسق الانفعالي ) Affective Incongruity في شكله النموذجي في حالات الفصام الشديدة ، فيظهر المريض انفعالات لا تتناسب مع حالته ، وفي أكثر حالات هذا التضاد الانفعالي بدائية ، نجد أن المريض يضحك في برود عندما تصله أنباء مأساوية أو عندما يتحدث عن بعض الأحداث الهامة ، وفي معظم حالات المرض لا نجد التضاد الانفعالي ظاهراً بالقدر الذي يظهر به عدم التجاوب الانفعالي مع المريض . وقد وصف الكثيرون ما سموه "بالحاجز الزجاجي" الذي يفصل بينهم وبين المريض بالفصام ، فمن الصعب التوحد مع مريض الفصام أو مبادلتة الشعور ، فتعابيرهم عن مشاعرهم محدود ، وهم يتميزون ببرود المشاعر ، وبعدهم عن مشاعر الآخرين وعدم مبالاتهم بما يحدث حولهم ولا يثيرهم ما يحيط بهم من أمور ، ولا يهمهم إلا عالمهم الخاص بهم ، وقد تحدث تغيرات انفعالية أخرى فليس نادراً أن يبدأ مريض الفصام بحالة من الاكتئاب أو القلق ، بل وقد يحدث في بعض الحالات تهيج هوسي تحت حاد . والحق أنه من الممكن القول بأن أي مريض مراهق يشكو من قلق شديد أو اكتئاب غير مفهوم أو تهيج هوسي حاد يجب الشك في أنه قد يكون في أولى مراحل التغير الفصامي إلى أن يثبت العكس .

## اضطرابات الإدراك (Perceptual disturbance)

إن أكثر اضطرابات الإدراك شيوعاً في مرض الفصام هي الهلوسة التي يغلب أن تكون سمعية ومن المهم دائماً أن نسأل بدقة عن محتوى وطبيعة هذه الهلوسة . فقد يسمع المريض أصواتاً تعلق على أفعاله أو تذيب أفكاره بصوت عال ، أو تتمم بكلمات أو جمل بذية ، أو تأمر بفعل شيء ما ، وقد تكون الأصوات مألوفة أو غريبة بالنسبة للمريض ويعاني معظم مريض الفصام من الهلوسة في مرحلة ما من مراحل المرض .

## اضطرابات السلوك (Behavioural disturbance)

يجب البحث ، أثناء تطور مرض الفصام، عن التغيير في سلوك الشخص الكلي بدلاً من الظواهر المفردة ، وغالباً ما يصف الأقارب كيف أصبح المريض شيئاً فشيئاً ، انعزالياً في خلال بضعة شهور ، وأنه قد أصبح غريباً في تصرفاته ،



يأتي بايماءات غير مألوفة منه ، ويتعد عن أصدقائه وعن الأنشطة العائلية ، وقد تظهر حالات من الشطح Ecstasy أو التهيج الشرس والسلوك المفاجيء عند الفصامين ، ولكن أكثر التغيرات السلوكية سوءاً هي النقص العام في النشاط ، إذ يصبح الطالب أقل اجتهداً ، ويصبح المهني أقل حماساً وقدرة على ممارسة عمله ، وقد تمر بالمريض فترات من الركود تتخللها فورات من الحماس بلا هدف تتجه نحو إحدى الهوايات وعلى هذا نجد أنه يبحث عن طريقة للحفاظ على أجنحة الفراشات في مادة بلاستيكية لها علاقة برسالة في الكيمياء الحيوية .

وقد تحدث ثورات من الشراسة أو الأفعال الإجرامية الخالية من المعنى ، إلا أن ذلك ينذر حدوثه لحسن الحظ ، غير أنه محتمل الحدوث ، وقد يتغير المستوى الخلقي عند بدء الفصام فتمارس الفتاة الطاهرة علاقات جنسية مع أقران كثيرين ، وقد تكون هذه الاهتمامات الجسمية هي التي دفعت بوالديها إلى طلب استشارة الطبيب، وهنا يشخص الفصام وعلى هذا فأي تاريخ يدل على تغير في شخصية صغار السن يجب أن يدعونا إلى الشك في مرض الفصام .

## الأنماط الإكلينيكية

أصبحت تسمية مختلف أنواع الفصام أقل أهمية في الوقت الحاضر عن ذي قبل ، فتشخيص الفصام صعب بما فيه الكفاية وخصوصاً فيما يخص ترسيخ مفهوم الفصام . والأنماط الإكلينيكية التي يمكن وصفها هي ما يلي :

1 - **الفصام البسيط** : ويتميز بانخفاض عام في مستوى كل الأنشطة العقلية بحيث نجد المريض يشكو من ضعف النشاط وفتور الهمة والتبدد الانفعالي وصعوبة التفكير ، ويكثر الخلط بين هذا النوع من الفصام وبين النقص العقلي وقد تصبح التفرقة بينهما صعبة حقاً ، وكثيراً ما يبدأ المرض ببطء ويكون مساره متدرجاً كما يسوء عادة مآل هذا النوع .

2 - **الفصام المبكر (الهييفرينيا) (Hebephrenia)** : هذا النوع يصيب عادة صغار السن - كما يدل اسمه - وتتميز الصورة الإكلينيكية بوجود شعور زائد بالعافية مع وجود هلوسة ، وهنا يكون سير المرض تدريجياً كما يكون مآله سيئاً ، كما أن اضطراب التفكير يكون واضحاً عادة في هذا النوع .

3 - **الفصام التعاطمي ( البارانويي ) (Paranoid schizophrenia)** : يشير هذا المصطلح إلى اضطراب النشاط الحركي ويظهر في نوبات واضحة تزداد فيها الحركة أو تتجمد ، كما يحدث نادراً بعد استخدام المركبات الفينوثيازينية وأكثر تلك الحالات يتضح فيما بعد أنها حالات شديدة من الهوس الاكتئابي أو مرض عضوي بالدماغ .

## تعليقات عامة على التشخيص

المشكلة الأساسية في تشخيص الفصام هي ضالة الاتفاق بين الأطباء النفسانيين حول تعريف مصطلح " الفصام " .

والفصام يشتمل أساساً على ما يلي :

1- مظاهر ذهانية معينة مثل الضلالات واضطراب التفكير والهوسة وتبدل المشاعر .

2- تدهور مستوى الأداء العقلي .

3- بدء المرض قبل سن الأربعين .

4- استمرار المرض لمدة أشهر وليس لعدة أيام فقط .

وغياب الاتفاق على التعريف أدى إلى وجود عشرة تعريف إجرائية ( operational ) أحدها هو المنسوب إلى " فايجنر " ( Feighner ) وآخرين (1972) ويقول بوجود ثلاثة فئات من الأعراض المطلوبة للتشخيص يعبر عنه بالأحرف أ - ب - ج .

## تعريف " فايجنر " للفصام

(أ)

1- مرض مزمن تبقى أعراضه على الأقل لمدة ستة أشهر دون العودة إلى مستوى التكيف المعروف عن المريض قبل بدء المرض .

2- عدم وجود فترة من الاكتئاب أو الهوس تكفي لوصف الحالة بأنها اضطراب وجداني حقيقي أو محتمل .



## (ب)

وجود عرض واحد على الأقل من العرضين التاليين :

- 1- ضلالات أو هلوسة بدون قدر كاف من التخييط الذهني ( Perplexity ) أو فقد التوجه ( Disorientation ) .
- 2- أداء لفظي يجعل التواصل مع الآخرين صعباً نسبياً بسبب افتقار المنطق أو التنظيم المفهوم للألفاظ .

## (ج)

وجود ثلاث ظواهر على الأقل مما يلي :

- 1- عدم الزواج .
- 2- سوء التكيف الاجتماعي أو تاريخ مهني سيء قبل ظهور المرض .
- 3- تاريخ مرضي في العائلة .
- 4- عدم وجود إدمان الكحول أو المخدرات خلال السنة السابقة على بدء المرض .
- 5- بدء المرض قبل سن الأربعين .

فإذا لم يتوافر إلا عاملان من الفئة (ج) فيمكن تشخيص الحالة على أنها فصام محتمل .

ومن ناحية أخرى فقد أكد " شنايدر " ( Schneider ) أهمية وجود الأعراض "ذات المرتبة الأولى" أي الأفكار المسموعة لفظاً ، أو سماع أصوات مجادلة ، أو أصوات تعلق على أنشطة المريض أو الشعور بوجود مؤثرات تمارس على الجسم (الخبرات السلبية الجسمية) أو سحب الأفكار أو التدخلات الأخرى في التفكير أو عدم تحدد الأفكار أو الإدراكات الضلالية ، وكذلك كل المشاعر والدوافع والأفعال العدوانية التي يمر بها المريض ويعتبرها صادرة عن تأثير أو فعل الآخرين .

وعلى هذا فتعريف الفصام وتشخيصه بعيدان تماماً عن كونهما مقنعين ولو أن هذا الوضع يتحسن حالياً . ويميل الموقف إلى استخدام محكات "شنايدر" مع ملاحظة تطور المرض وفي أغلب الأحيان تكون طريقة نشأة المرض هي أفضل دالة على التشخيص .

## التشخيص التفريقي

- 1- الاضطرابات الوجدانية .
- 2- الذهانات الناشئة عن تعاطي العقاقير مثل الأمفيتامين وحمض الليسرج وعقاقير الهلوسة الأخرى .
- 3- الذهانات العضوية. وهنا نجد أن اختلاط الوعي هو العامل التفريقي الأهم.
- 4- اضطرابات الشخصية .
- 5- الهستيريا .
- 6- ذهانات العظمة. فليس كل من لديه أفكار عظمة مصاباً بالفصام .
- 7- الذهانات المصاحبة لمرض الصرع .

## العلاج

لا نجد من بين مواضيع الطب النفساني موضوعاً أكثر تعرضاً للأخطاء من موضوع علاج مرض الفصام ، فمن الصعب علاجه بكفاءة ، نظراً لعدم فهمنا له فهماً كافياً ، ولذلك أيضاً فمن المحال أن يعالج علاجاً متخصصاً ، وكل ذلك يؤدي من ناحية إلى رفض العلاج كما يؤدي من ناحية أخرى إلى المبالغة في العلاج المبني على نظريات واهية ، مما يجعل هذا المرض معرضاً لاختيارات لا نهاية لها ، ومن الصعب تبين أي الاختيارين السابقين هو أشد خطراً .

وعلاج مريض الفصام يجب أن يشمل مدخلاً كلياً إلى المريض بهدف تقوية الروابط بين المريض وعالم الحقيقة مع إعادة تأهيله ، وفي الحالات الحادة يحتاج المريض إلى دخول المستشفى وقد يحتاج إلى وقايته من نفسه هو ، إذ أن الانتحار كثير الحدوث بين الفصامين وقد يحتاج المريض إلى التهدئة باستخدام العقاقير المهدئة أو المطمئنتات ، كما تجب العناية بحالته الصحية كما قد يحتاج إلى بعض الفحوص لاكتشاف الأمراض الجسدية التي قد يكون مصاباً بها في نفس الوقت والتي إذا ثبت وجودها وجب علاجها العلاج المناسب .

وفي الوقت الحالي وجد أن مركبات الفينوثيازين مفيدة ، وبخاصة عقار "الكلوبرومازين" وعقار "الترافلوبيرازين" ، فترك العقاقير لها فعاليتها في التأثير



على الحالة العقلية لمريض الفصام . فهي لا تهديء المريض فحسب بل يمتد أثرها إلى تحسين الإدراك وطريقة التفكير .

ويعطى الكلوربرومازين عن طريق الفم بجرعات من 50 إلى 200 مجم ثلاث مرات يومياً أو حقناً في العضل ويعطى الترايفلوبرازين بالفم بجرعات مقدارها 5 - 15 مجم ثلاث مرات يومياً ويعطى عقار الفلوفينازين حقناً في العضل (موديكيت Modecate) جرعة مقدارها 25 مجم شهرياً . أو عقار الفلوبنتكسول (دييكسول Depixol) 20 مجم شهرياً ، وقد أصبح هذا النهج في العلاج راسخاً الآن على أنه طريقة فعالة للعلاج، ويمكن اعتبارها الطريقة المختارة للعلاج .

والآثار الجانبية لهذه العقاقير شائعة الحدوث ، وتشمل الحركات اللاإرادية، أو الآثار الناتجة عن هبوط نشاط المسارات العصبية خارج الهرمية ، إلا أنها تستجيب للعقاقير المستخدمة في علاج مرض الشلل الرعاش (مرض "باركنسون") . وقد تكون تلك الآثار الجانبية شديدة الوطأة أحياناً وقد تزامن وقد لا تستجيب للعلاج . وهنا تسمى " بعسر الحركة المتأخر " ( Tardive Dyskinesia ) .

ومما يتبع أحياناً في العلاج بتلك العقاقير حقناً في العضل هو إعطاء فترة راحة أو " إجازة من العقاقير " ونلجأ لهذا الإجراء عند حدوث " عسر الحركة المتأخر " غير المستجيب للعلاج بالعقاقير المضادة للأسيثيل كولين .

وللعلاج النفسي دور في علاج الفصام ونستخدم هنا العلاج النفسي المدعم والمساعد على تكامل العمليات النفسية أكثر من العلاج النفساني التحليلي (Psycho analysis) فمريض الفصام لا يحتمل تأويل سلوكه وقد يصبح هذا العلاج التحليلي خطراً ومخرباً .

ومن المهم إيجاد وظيفة مفيدة ومتنوعة للمريض ، وقد يبدأ بالعلاج البناء بالعمل التقليدي ، ومن ناحية أخرى فهناك دلائل توحى بأن العلاج بالعمل البناء قد يكون أكثر جدوى ، فالاهتمام الحالي باستنقاذ المريض وإعادةه إلى حالته السوية قد يثبت فائدة العلاج بالعمل البناء " العلاج الصناعي Industrial therapy " ، ففي وحدات العلاج يؤدي مريض الفصام المزمناً أعمالاً ذات جدوى وينتج أشياء مختلفة مثل صناعات التجميع الخفيفة ، مع التأكيد على أهمية جعل الموقع العلاجي أقرب ما يكون إلى مواقع العمل الطبيعية ، وهذا يشجع المريض على أن يكيف نفسه على القيام بدور طبيعي في العمل ، وبالتالي يؤهله للعودة إلى عمل ذي أجر .

## الرعاية الاجتماعية

لا يمكن علاج المريض الفصامي علاجاً مجدياً بينما يعيش في حالة " فراغ اجتماعي " ولهذا السبب فمن المهم بالنسبة للطبيب المسؤول أن يعرف عن المريض كل ما يستطيع معرفته من ناحية عائلته وأحوال بيته . فالمرضى الذي ينتمي إلى عائلة مترابطة تجمع أفرادها روابط حميمة واهتمامات تدعيمية لشخصية المريض ، لديه فرصة أكبر للتقدم نحو الشفاء عن ذلك المريض المعزول اجتماعياً ، أو الذي ينتمي إلى عائلة يسودها الشقاق والتفكك .

ولذلك يجب أن تكون الرعاية الاجتماعية أكثر شمولية من الرعاية داخل المستشفى ويجب أن تؤسس تلك الرعاية على العلاج بالعيادة الخارجية والمستشفى النهاري والهدف من الرعاية الاجتماعية هو تجنب إدخال المريض إلى المستشفى كلما أمكن ذلك حتى نجنبه خطر التبدل الوجداني الذي يصاحب البقاء في المستشفى وهو ما يكون الفصامي مؤهلاً للإصابة به بسهولة .

وقد استثمر قانون الصحة العقلية ( في بريطانيا ) إمكانات السلطات المحلية لتحمل مسؤولية تنظيم هذه الخدمات وقد حدث هذا بالفعل في بعض المناطق التي نمت هذه الخدمات نمواً عظيماً إلا أن هناك دائماً خطر إهمال المريض إذا كان التواصل الشخصي ضعيفاً ، وإذا ما افترض كل من الممارس العام أو طبيب المستشفى أو السلطات المحلية ، أن المريض تحت عناية الطرفين الآخرين .

والرعاية الاجتماعية - إذا أحسن تنظيمها ، تشمل خدمة اجتماعية رفيعة المستوى ، يقوم بها الإخصائي النفسي والاجتماعي ، والمرضات النفسيات الاجتماعيات وآخرون في تعاون مع الأطباء النفسيين في المستشفى ، والوضع الأمثل هو أن تكون العملية جزءاً من خدمة عقلية شاملة ذات توجهات اجتماعية .

وهناك ما يجب قوله عن متابعة المرضى بعد خروجهم من المستشفيات أكثر من مجرد التردد على العيادة الخارجية بين وقت وآخر لصرف الأدوية .

فعائلة المريض الفصامي تحتاج إلى أكثر من مجرد الطمأنينة البسيطة ، فوجود مريض عقلي بين أفراد العائلة قد يؤدي إلى تفككها وقد يثير الكثير من ردود الأفعال الانفعالية ، وإهمال هذا الأمر بإخراج المريض إلى عائلة غير مهينة هو بمثابة إهمال المريض عند عودته إلى بيته .



وكثيراً ما يصبح علاج المريض صعباً وغير مجد ، إلا أن الإزمان يمكن تجنبه إذا أكدنا أهمية تقوية العلاقة بين المريض وبين الواقع المحيط به ، أي مع المجتمع ككل وتيسير عودته إلى المجتمع بأسرع ما يمكن وبطريقة معقولة مع تجنب الظروف التي تؤدي إلى إهماله اجتماعياً ولدينا أدلة كثيرة تشير إلى أن كثيراً من السمات التي كانت تؤخذ في الماضي على أنها من دلالات إزمان المرض لم تكن في حقيقتها إلا مظاهر للإهمال الاجتماعي .

## مآل المرض

من الصعب التنبؤ بمآل دقيق لحالات الفصام ولكن لدينا بعض القرائن المفيدة. فالمظاهر التي يمكن اعتبارها مبشرة بمآل حسن هي :

- 1- البدء الحاد للمرض .
- 2- وجود عوامل نفسية أو جسدية مرسبة للمرض - مثل الولادة أو العمليات الجراحية .
- 3- تمتع المريض بشخصية سوية قبل حدوث المرض .
- 4- خلفية اجتماعية مستقرة ، أي وجود علاقات اجتماعية حميمة .
- 5- وجود أعراض وجدانية ( انفعالية ) .
- 6- ذكاء متوسط أو فوق المتوسط .

أما المظاهر المنذرة بسوء المآل فهي ما يأتي :

- 1- بداية تدريجية للمرض .
- 2- دوام الاضطرابات الفكرية .
- 3- بنية جسمية واهنة ( Asthenic ) .
- 4- تبدل المشاعر .
- 5- ذكاء أقل من المتوسط .

## المراجع

- Bleuler, E. (1950) *The Schizophrenias*. International Universities Press, New York.  
Färgemann, P. M. (1963) *Psychogenic Psychoses*. Butterworths, London.  
Feighner, J. P., Robins, E., Guze, S. B., Woodruffe, R. E., Winokur, G. & Munro, R.  
(1972) Diagnostic criteria for use in psychiatric research. *Archives of General Psychiatry*, 26, 57.  
Kräpelin, E. (1913) *Psychiatrie*. Barth, Leipzig.

## القراءات المستقبلية

- Brockington, I. F., Kendell, R. E. & Leff, J. P. (1978) Definitions of schizophrenia: concordance & predictions of outcome. *Psychological Medicine*, 8, 387-98.  
Fish, F. J. (1976) *Schizophrenia*. John Wright, Bristol.  
Goffman, E. (1968) *Asylums*. Pelican, London.  
Leff, J. & Vaughn, C. E. (1981) Role of expressed emotion on relapse of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 139, 102-4.  
Leonhard, K. (1979) *The Classification of Endogenous Psychoses*. Irvington, New York.  
Mellor, C. S. (1970) First rank symptoms of schizophrenia. *British Journal of Psychiatry*, 117, 15-23.  
Praag, H. M. van (1975) *On the Origin of Schizophrenic Psychoses*. De Erven Bohn, Amsterdam.  
Schneider, K. (1974) Primary and secondary symptoms in schizophrenia. In Hirsch, S. R. & Shepherd, M. (Eds) *Themes and Variations in European Psychiatry*. John Wright, Bristol.

\*\*\*\*\*



## المتلازمات العضوية

### ( الخرف - الهذيان - والحالات المتصلة بهما )

#### المقدمة

في عام 1910 لاحظ كارل بونهوفر ( Bonhoeffer ) أن علامات الأمراض داخل الجمجمة لا تعتمد على نوع التغير المرضي وإنما تعتمد فقط على موضع الإصابة ومداه وسرعة بدءها أو انتشارها .

وتؤدي اضطرابات وظائف المخ الناشئة عن تلف نسيجي جسيم أو تغير هين في الوظائف الكيماوية الحيوية إلى اضطرابات يمكن تبينها وتسمى " بالمتلازمات العضوية " ( Organic syndromes ) وفي هذه المتلازمات العضوية ، يكون الاضطراب البارز في الوظائف الاستعرافية ، أما الأعراض الوجدانية مثل القلق وغيره، فترجع إلى عوامل ثانوية خالصة .

وتشمل هذه المتلازمات العضوية ما يلي :

#### 1- الهذيان والحالات الشبيهة ويتميز بما يأتي :

" الهذيان الحاد "

أ - فرط النشاط .

ب- تشوش الوعي .

ج- الهلوسة .

" الهذيان تحت الحاد ( الاختلاط الذهني ) "

د- تحير الأفكار .

هـ- تشوش الوعي .

و- تفكك التفكير .

## 2- الخرف : وينقسم إلى :

أ - أولي : عندما يكون مجهود السبب وليس ثانوياً لاضطراب أيضي جسدي آخر ، ومن أمثلته الواضحة رقص هانتنجتون Huntington's chorea وخرف ألزهايمر Alzheimer's dementia .

ب- ثانوي : وهنا نجد سببا معروفا مثل تصلب شرايين المخ الذي يؤدي إلى احتشاءات متعددة - أو أورام المخ أو رضخ الرأس .

## الهذيان الحاد وتحت الحاد

### الظواهر الاكلينيكية

أبرز ما يشد الانتباه في حالة الهذيان ( Delirium ) هو اضطراب الوعي ، ويكون شديداً في الهذيان الحاد ، أما في أخف حالاته فيوجد في شكل " ثقل الدماغ " (Muzziness) وهي حالة تماثل ما يشعر به مريض الانفيلونزا من ناحية الانتباه والوعي . ومع تشوش الوعي ، يضعف إحساس المريض بنفسه أو بما حوله ، كما يتأثر مستوى يقظته ، وإذا ما أصيب طفل بالهذيان نجده يحملق في قلق ويكثر كلامه إلا أن يقظته تقل بحيث تؤدي إلى مظهر يدل على الرغبة في النوم .

ومع اضطراب الوعي وضعف القدرة على تعرف المجال المحيط بالمريض نلاحظ نقص الانتباه والتركيز بحيث إذا طلبنا من المريض أن يقوم بأعمال بسيطة مثل غسل وجهه أو ربط حزام منامته نجده عاجزاً عن فعل ذلك ، دون أن تنتابه الحيرة أثناء قيامه بتلك الأعمال ولا يمكنه استيعاب المعلومات التي تصل إليه من المجال المحيط به ولذا فهو لا يستطيع أداء اختبارات الذاكرة البسيطة بنجاح .

ويفقد المريض دائماً القدرة على التهدي بالنسبة للزمان والمكان ، وكثيراً ما يكون هذا الفقد شديداً . كما يتأثر الإدراك تأثراً طفيفاً أو جسيماً ، فإذا كان التأثير طفيفاً فإننا نلاحظه عندما يقرر المريض أن كل شيء أشد وضوحاً ورهافة من المعتاد ، ثم تأتي الدرجات التالية من الهذيان فيقع المريض في أخطاء إدراكية جسيمة في شكل خداع الحواس عندما يخطئ المريض في تأويل الرسوم الموجودة على ورق الحائط فيحسبها حشرات أو حيوانات وتبدو الظلال وكأنها أشخاص



يهددونه بالأذى ، كما يفسر فحص الطبيب بأنه مؤامرة شريرة وفي المراحل الأخيرة يصاب المريض بالهلوسة ، ويكثر حدوث الهلوسة البصرية في الهذيان ، ويمكن أن تتخذ أشكالا كثيرة ، وقد يكون أكثرها شيوعا رؤية أشياء صغيرة سريعة الحركة تخترق مجال البصر ، ففي الهذيان الارتعاشي الكحولي مثلا كثيراً ما يرى المريض حيوانات صغيرة تزحف في كل مكان بالغرفة ، والهلوسة التي من هذا النوع يصفها المريض بوضوح وقد يصل الأمر إلى أن يرحب المريض بمظهرها الغريب دون أن يثير ذلك فيه الدهشة ، فقد رأت إحدى المريضات بالتسمم المزمن بمركبات الباربيتون مثلاً " مانيكان " طوله ست بوصات يجري حول الغرفة ويختفي تحت بلاط الغرفة ، وقد فسرت ذلك بأنه زوجها ولكنها لم تستطع أن تفهم سبب منعها من رفع بلاط الغرفة حتى يستطيع زوجها الخروج من تحته ، وعند محاولة منعها من إتمام ذلك تنتابها شراسة قد تؤدي بها إلى ارتكاب جريمة قتل .

وتختلف اضطرابات الحركة في الهذيان فتتراوح بين فرط الحركة في الهذيان الحاد وبين تهيج بسيط نراه في الهذيان تحت الحاد وقد يستمر فرط الحركة الشديد لفترة طويلة بحيث يرهق المريض ويصبح خطراً على صحته الجسمية ، ويصبح المريض غير مستقر في مكانه خصوصاً أثناء الليل بحيث لا يبقى في سريره بل نجده يتجول في عنابر المستشفى مطلاً من النوافذ كما لو كان يبحث عن أشياء أو نجده يتمتم إلى نفسه ، وقد يصمم على مغادرة العنبر ويصر على الذهاب إلى عمله فيجمع حاجياته ويرتبها مراراً وتكراراً ، إلا أن تفكيره يصبح غير مترابط بحيث تصيبه الحيرة ويعاود فعل ما قام به مراراً .

كما يكثر حدوث الأعراض الانفعالية ، فقد تحدث حالات الهلع والخوف ، وهذه تحدث فجأة ، ويسلك المريض تبعاً لما يمر به من خطأ في إدراك ما حوله من الأشياء والظروف ، أما إذا كانت الأعراض الانفعالية خفيفة ، فكثيراً ما تخفى عن الملاحظة لسوء الحظ إذ أننا لو تبيناها لكانت لنا بمثابة الإشارات المفيدة للتشخيص .

والمريض الذي يعاني من هذيان بسيط يشعر بخوف غامض وعدم ارتياح ولا يستطيع معرفة سبب ذلك ، وقد تلاحظ الممرضات هذه الأعراض عندما يجدن المريض غير متعاون على غير عادته فقد يرفض مثلاً تناول عشاءه .

والأفكار الضلالية في حالات الهذيان تكون مفككة وغير متبلورة وتصدر عن المدركات المضطربة التي يعانيتها المريض ولا تكون واضحة ولا يصاحبها الاعتقاد الواثق بصحتها والذي نجده في الضلالات الفصامية ، وقد يظهر فحص المريض

جسدياً ما يدل على وجود سبب من الأسباب الشائعة للذهيان مثل الالتهاب الرئوي أو التوقف عن تعاطي الكحول .

وقد تؤدي حالة الهذيان نفسها إلى تغيرات جسدية ثانوية ، عندما يرفض المريض تناول الطعام أو السوائل فتبدو عليه تبعاً لذلك مظاهر الجفاف وأعراض عوز الفيتامينات وذلك بدوره يؤدي إلى اضطرابات نفسية بحيث يدخل المريض في دائرة مغلقة خبيثة .

## التشخيص

لا يصعب على الطبيب تشخيص الهذيان بشرط أن يركز اهتمامه على حالة الوعي عند المريض وقدرته على تمييز الزمان والمكان ، فاضطراب الوعي وفقد التهدي للزمان والمكان لا يحدثان في الفصام ولا في الهوس . ويكون الهذيان الحاد حالة مؤقتة في الأغلب ، في حين تمتد حالات الهذيان تحت الحاد لعدة أسابيع .

## الخرف ( Dementia )

### المظاهر الاكلينيكية

نجد في الخرف تدهوراً عقلياً مستمراً وغير قابل للتحسن وينشأ عن تلف أنسجة الدماغ ، وهنا لا يستطيع الدماغ استيعاب وتخزين المعلومات الجديدة ، ويظهر هذا في شكل ضعف الذاكرة الحديثة ، ويعتبر هذا العرض أكثر الظواهر شداً للانتباه ، وقد يشكو المريض من ضعف الذاكرة هذا أو قد يلاحظه الآخرون ولا يشكو منه المريض وغالباً ما يحاول المريض مقاومة ضعف الذاكرة هذا باستخدام مفكرة لتذكره بما يجب عمله ، وكثيراً ما ينجح ذلك لبعض الوقت ، ولكن المشكلة تتفاقم عاجلاً أو آجلاً ، فتغلبهم على أمرهم فيصيبهم القلق والحيرة ، وتختلط عليهم أعمالهم والنشاط والطاقة ولا يستطيع المهني مواكبة واجبات مهنته إلا بجهد جهيد ، ثم لا تشغله ، كما قد يسلك المريض سلوكاً شاذاً مثل ممارسة العادة السرية أو تعرية نفسه في وجود الآخرين ، أو قد يسرق من المحال العامة .. إلخ ، وكل هذه التصرفات تدل على فقد التحكم الإرادي في السلوك ، وقد تؤدي إلى الوقوع تحت طائلة القانون وهنا يتم تشخيص الحالة لأول مرة ويتدهور كذلك المظهر الخارجي ، فتصبح ملابس المريض رثة ملوثة ببقع الطعام ويكون التدهور شاملاً



مما يؤدي أخيراً إلى فقد التحكم في العضلات العاصرة المتحركة في التبول والتبرز مما يخلق مواقف مزرية .

وتتأثر القدرة على التركيز الذهني ويمكن تبين ذلك بسهولة إذا ما استخدمنا اختبارات بسيطة مثل عملية الطرح المتوالي للعدد 7 من العدد 100، وكثيراً ما يكون المريض على وعي بضعف قدرته الذهنية ويعتريه حرج شديد وغضب وقد يبكي أو يتهيج عندما يواجه ضرورة أداء عمل يبدو له أكثر مما يتحمل ويسمى هذا العرض **بالتفاعل المأساوي** catastrophic reaction ، ويمكن بسهولة تبين القصور الأساسي في وظيفة الدماغ في حالات المرض العضوي ، فتلك الحالات تؤدي إلى تزمّت التفكير وصعوبة المشكلات وقد صممت بعض اختبارات القياس النفسي لدراسة هذا النوع من الاضطراب الوظيفي ولبيان صعوبة الانتقال من التفكير المطلق (Abstract) إلى التفكير العياني (Concrete) وبالعكس .

## التغيرات الوجدانية

ليست هناك اضطرابات وجدانية خاصة بالخرف ، وحالة المريض الوجدانية تميل إلى أن تعكس بشكل مبالغ فيه تلك الأنماط الانفعالية التي اعتادها المريض قبل المرض ويكثر ظهور التحول الانفعالي السريع عندما يضعف التحكم في الانفعالات في حالة الخرف المتدهور بحيث نلاحظ وجود ما يسمى " بسلس الانفعالات " Emotional Incontinence ، كما أننا قد نلاحظ حدوث الاكتئاب ويضيف ذلك إلى وعي المريض بمصيبته .

ونادراً ما تظهر الأعراض الهيسستيرية في مراحل الخرف الأولى ، ويفترض البعض أنها تنشأ عن انخفاض مستوى تحكم الجهاز العصبي في وظائف الجسم وضعف التكامل الناشيء عن تلف الدماغ .

## التشخيص

ليس من الصعب أن نشخص الخرف إذا ما كانت الصورة الاكلينيكية " نموذجية " ، إلا أننا نقابل صعوبات التشخيص خاصة عندما نواجه بمريض متوسط العمر بحيث نشك في وجود الخرف فحسب على أساس تاريخ المرض مثل تدهور الاهتمامات والطاقة أو تغير الحالة الانفعالية لعدة أشهر .

وفي مثل هذه الحالة قد يفسر الأكتئاب المزمن كل مظاهر المرض ، إلا أن الأمر قد لا يكون كذلك ، وهنا قد نضطر إلى وضع المريض تحت الملاحظة .

## أسباب الخرف والهذيان

عندما نتبين العلامات الدالة على وجود " الحالة العقلية العضوية " ، يجب أن يتجه اهتمامنا إلى اكتشاف السبب الكامل وراء هذه الحال . وأكثر العوامل شيوعاً في إحداث المتلازمة العقلية العضوية تشمل ما يأتي :

### 1- نقص الأكسجين في المخ ( Cerebral Hypoxia )

أ - الخرف الناشيء عن الاحتشاءات المتعددة التي تحرم الدماغ تدريجياً من الأكسجين .

ب - الخرف الناشيء عن غيبوبة طويلة المدى مثل التسمم بغاز أول أكسيد الكربون .

ج - الهذيان الذي يتبع نزف المخ .

د - الهذيان المصاحب لفقر الدم الخبيث .

### 2- الجفاف وفقد توازن الكهارل ( Electrolyte imbalance )

أ - الهذيان الناشيء عن فقد سوائل الجسم بعد العمليات الجراحية .

ب - هذيان التسمم بالبولىنا .

### 3- عوز الفيتامينات

أ - الاعتلال الدماغى لـ " فيرنكه " ( Wernicke's )

ب - الهذيان الارتعاشى الكحولى .

### 4- التسممات المزمنة

أ - الباربيتورات .

ب - الكحول - الخرف الكحولى .

### 5- التلف المخى الجسيم

أ - الأورام .



- ب- الالتهابات المزمنة مثل الشلل العام للمجنون ( زهري الجهاز العصبي ) .  
ج- رضح الرأس الذي يسبب الهذيان والخرف بعد الرضحي (Post-traumatic).

## الفحوص اللازمة في حالات المتلازمات العضوية

الفحص الجسمي: وقد يبين سبب الهذيان أو الخرف وقد يظهر علامات دالة على وجود إصابات موضعية في المخ. إلا أن نتيجة هذا الفحص كثيراً ما تكون سلبية خصوصاً في حالات الخرف ، وهنا يلجأ الطبيب إلى الفحوص المعملية وغيرها من وسائل الفحص لتوضيح الحالة وهذا يشمل :

- 1- اختبار معمل الأمراض التناسلية (V.D.R.L) ، واختبار التفاعل السريع للبلازما ، واختبار الفلورة للأجسام المضادة للتريپونيما F T A ، وكلها فحوص تساعد على تشخيص زهري الجهاز العصبي .
- 2- فحص الجمجمة بالأشعة السينية .
- 3- تخطيط الدماغ الكهربائي ( رسم الدماغ الكهربائي ) ( E E G ) .
- 4- فحص السائل المخي النخاعي ( C S F ) .
- 5- الفحص بالأشعة المقطعية المحورية ( CT Scan ) .
- 6- فحص شرايين المخ بالأشعة بعد حقنها بصبغة (Cerebral angiography) .

## علاج المتلازمات العضوية

### الاجراءات العامة

الهذيان : يجب عزل المريض في وسط هاديء مع مراعاة الإقلال قدر الامكان من التدخل في شئونهِ ، ويساعد هدوء الطبيب والممرضة على طمأنة مريض الهذيان الخائف ، كما يجب الحفاظ على اتصال المريض بالواقع ولو كان اتصالاً واهياً ، التهذئة المناسبة ، ومن الحكمة البعد عن استخدام مركبات الباربيتيورات والبارالدهيد إذ أن ذلك قد يؤدي إلى متاعب ويمكن استخدام المطمئنات من عائلة الفينوثيازين بأمان .

ويجب تلبية احتياجات المريض من الطعام والسوائل مع استخدام جرعات كبيرة من الفيتامينات عادة ، ويجب إعطاء الفيتامينات في شكل حقن " البارنتروثيت " حقناً في الوريد مع إعطاء 10سم3 كل أربعة ساعات لمدة 24 ساعة ، ثم تنقص الجرعة إلى 10 سم3 مرتين يومياً لمدة 24 ساعة ، ثم إلى 4 سم3 حقناً في العضل يومياً لمدة 5 أيام .

**الخرف :** أول ما يجب عمله هو تحديد مدى النقص في قدرات المريض بحيث نضعه في وسط يوفر له قدرًا من التنبيه يكفي لمنع التدهور السريع بدون إرهاق ، مع إعطاء فيتامين ب بالفم عادة - إلا أن فائدة هذا الإجراء مشكوك فيها . والعلاج بالعمل والعلاج الاجتماعي لهما أثر محدود في مساعدة هؤلاء المرضى ولو أنهما يساعدان المريض على تجنب التدهور الاجتماعي بما يوفران له من تنبيه اجتماعي .

## الاجراءات الخاصة

وهذه تعتمد على طبيعة المسبب الأساسي لمرضى الهذيان أو الخرف ، إذا ما كان هذا المسبب الأساسي معروفاً مثل مرض الزهري والذي يمكن علاجه بنجاح .

## بعض الأمثلة الخاصة للمتلازمات العضوية

### عوز الفيتامينات

#### 1- متلازمة " كورساكوف " Korsakov Syndrome

تنشأ هذه المتلازمة بسبب نقص الثيامين كما يحدث في حالات إدمان الكحول ، أو قد تنشأ بسبب وجود ورم أو رضح بالمخ أو اضطراب أضي عام وتشمل الصورة الإكلينيكية التهاب الأعصاب الطرفية مع الأعراض العقلية التالية :

- 1- نقص بالغ في الذاكرة القريبة .
- 2- فرييات (Confabulations) .
- 3- فقد التهدي للزمان والمكان ( Disorientation ) .

وهذا النوع من المرض العضوي يسمى عادة " بمتلازمة عسر التذكر " Dysmnestic Syndrome وهي في شكلها الأساسي تجعل المريض يدعي معرفته



السابقة بالطبيب بحيث يصف تفاصيل المقابلة السابقة بينهما في حين أنه في الحقيقة لم يسبق له رؤية الطبيب ، أو قد يسرد المريض تفاصيل أحداث وهمية يدعي حدوثها في اليوم السابق ، وهو ما يسمى بالفريات ( أي افتراء كاذب لأشياء لم تحدث ) ، وتصبح ذاكرة المريض ضعيفة بالنسبة للأحداث القريبة بحيث يعجز المريض عن ذكر اسم الطبيب برغم أن هذا الاسم قد ذكره منذ ثوان قليلة ، إلا أنه لا يستطيع تذكره بعد دقيقة واحدة ويبدأ المرض عادة بعد حالة من الهذيان الارتعاشي ، واحتمال الشفاء الكامل بعيد .

## 2- اعتلال " فيرنيكه " الدماغى Wernicke's Encephalopathy

يحدث هذا الاعتلال بسبب عوز مادة الثيامين ويوجد في حالات التسمم الكحولي الشديدة ، أو في أية حالة من حالات نقص التغذية الشديدة ، وفيه تظهر فجأة حالة هذيان مصحوبة بتغيرات مرضية في البؤبؤ ( الحدقة Pupil ) مع ضعف العضلات المحركة للمقلة ، كما نلاحظ وجود رأرأة ( Nystagmus ) .

3- البلاجرا : وتنشأ عن عوز مشترك للحمض الأميني " تربتوفان " ومادة " النياسين " وتصحبها اضطرابات عقلية تتراوح بين العصاب والذهان ، ولكنها أخيراً تسبب متلازمة عقلية عضوية صريحة تأخذ عادة شكل الهذيان ، فإذا لم يعالج المريض فقد تتدهور حالته إلى حد الخرف ثم تعتريه غيبوبة قد تؤدي إلى الوفاة .

## أمراض الجهاز الدوري

1- فشل القلب : يتعرض المريض المصاب بفشل القلب عادة لنوبات من الاختلاط الذهني الخفيف أو الهذيان تحت الحاد في أثناء الليل وينشأ هذا عن نقص نسبي في إمداد المخ بالأكسجين ، وتستجيب الحالة لعلاج فشل القلب .

2- خرف الاحتشاءات المتعددة : قد يؤدي تصلب شرايين المخ إلى حدوث خرف مبكر يبدأ قبل السن الذي يحدث فيه خرف الشيخوخة عادة . والظاهرة المميزة لهذا المرض هي حدوث نوبات من الصرع أو السكتة المخية يعقبها عادة شفاء كامل ثم يلي ذلك تدهور في الذاكرة والتركيز الذهني مع تغيرات في الشخصية ويحدث هذا التدهور خطوة بعد خطوة .

3- **انسداد الشريان السباتي الداخلي** : قد يؤدي هذا الانسداد إلى حدوث خرف مصحوب عادة بعلامات تشير إلى وجود إصابة مخية بؤرية . والتاريخ النموذجي لهذه الحالة يشمل فقداً عابراً للقوة يصيب طرفاً أو آخر من أطراف الجسم يحدث خلال عدة أشهر ويصحبه تدهور تدريجي في الذاكرة .

### زهري المخ ( الشلل العام للمجنون )

يعالج مرض الزهري الآن علاجاً ناجحاً في مراحله المبكرة ، ولهذا يندر حدوث الصورة الإكلينيكية الكاملة لزهري المخ . وأولى علامات هذا المرض عادة هي حدوث تغير مفاجيء في الشخصية مع تغير جذري في أخلاقيات المريض وقيمه السابقة ، ويتبع ذلك ظهور سلوك خارج عن المعتاد مع ضلالات العظمة ، ثم تستقر الحالة بعد ذلك في شكل خرف مع فقد الذاكرة والتدهور العام ، ويظهر التغير الانفعالي في شكل تعافي "Euphoria" ، أي أن المريض يشعر ذاتياً بقوته ونشاطه برغم أن حالته الصحية العامة لا تتماشى مع هذا الشعور كما يحدث شلل تيبسي في الأطراف الأربعة مع تغيرات في البؤبؤ وتدهور عام للصحة الجسمية ، وذلك في مراحل المرض المتأخرة .

### المتلازمات التالية لرضح الرأس

قد يتبع رضح الرأس الشديد ظهور خرف ونوبات صرع وتعتبر هذه الأعراض من المعقبات الشائعة لإصابات الرأس المرضية بدرجاتها المختلفة في الشدة .

### الخرف الرضحي Traumatic Dementia

يحدث هذا الخرف عادة بعد حدوث تلف واسع المدى لأنسجة الدماغ ، وفي بعض حالات الرضح الشديدة قد تحدث حالة هذيان تشفى تماماً ويستخدم اصطلاح "متلازمة ما بعد تهتك الدماغ" عادة للدلالة على مجموعة من الأعراض المزمنة الهيئية التي تشمل الصداع والدوخة والشعور بالضعف العام مع نقص القدرة على التركيز الذهني وهذه المتلازمة تعتبر ذات منشأ ذاتي ، أي أنها تعتمد على بنية المريض العقلية ، ويعمل رضح الدماغ على إظهارها فحسب .

وقد تثير المتلازمات التي تلي تهتك الدماغ مشاكل علاجية صعبة ، ومن المستحسن عادة أن يعود المريض إلى حياته الطبيعية وعمله في أقرب وقت ممكن في



حدود المعقول ، إذ أن فترات النقاهة الطويلة بدون داع قد تؤخر تأهيل المريض ، وتثبت أعراضه العصبية ، وتتحسن حالة المريض المعنوية دائماً مع العلاج الذي يدعو إلى الثقة مع ممارسة أقصى درجات الطمأنينة للمريض واتباع منهج مكثف لإعادة تأهيله .

## أنواع الخرف الأخرى

### مرض " ألزهايمر " *Alzheimer's Disease*

كان الوصف الأصلي لمرض " ألزهايمر " هو " خرف ما قبل الشيخوخة " *Pre-senile Dementia* ولكن تبين فيما بعد أن أعراض المرض والتغير في أنسجة الدماغ في مرض " ألزهايمر " لا تشبه مثيلاتها في ( خرف الشيخوخة ) ولذلك فالمعتاد الآن هو أن نشير إلى هذا النوع من الخرف - وهو أكثر الأنواع شيوعاً - باسم مرض " ألزهايمر " ، فإذا ظهر في سن الشيخوخة سمي " بخرف الشيخوخة من نوع ألزهايمر ( Alzheimer Type ) *Senile Dementia* " وأول مظاهر هذا المرض عادة هو ظهور التغيرات المصاحبة لكبر السن في شكل مبالغ فيه ، خصوصاً من حيث نقص مرونة التفكير والتمركز حول الذات بدرجة كبيرة ، مع نقص التحكم في الانفعالات . وهذه المبالغة في التغير العقلي قد تسبق ظهور الدلائل الصريحة للخرف وقد يستمر ذلك لعدة سنوات ، إلا أننا نلاحظ أخيراً ضعف الذاكرة والتركيز وأداء الأعمال بشكل مختل ، في حين يصبح السلوك الاجتماعي غير محتمل .

ومن العلامات الهامة التي يجب البحث عنها العمه الحركي ( اللأدائية ) *(Apraxia)* وهي حالة يعجز معها المريض عن أداء الحركات المطلوبة للحياة اليومية في حيث تكون قوته العضلية واتساق حركاته ووظيفته الحسية كلها سليمة ، كما نلاحظ الحبسة الكلامية *"Aphasia"* والحبسة الكتابية *"Agraphia"* وكلها مظاهر للمرض لا مفر منها ، كما يهمل المريض ذاته ومظهره فيما بعد بشكل واضح وتتدهور كل قدراته العقلية وينتهي المريض إلى هيكال خال من مقومات شخصيته السابقة مع فقد التحكم في التبول والتبرز وفقد كامل الإدراك ما يجري حوله من أحداث .

وفي مرض " ألزهايمر " تظهر علامات حركية واضحة مع علامات تدل على إصابة الفص الصدغي للدماغ مع تدهور تام في منطقة قرن آمون

(الحُصين Hippocampus) مع تيبس في العضلات وعدم اتزان المشية وفقد التهدي للمكان . وتتدهور الحالة في مرض " ألزهايمر " بمعدل أبطأ من تدهور خرف تصلب الشرايين .

ولا يجب أبداً أن نهمل احتمال حدوث " خرف كاذب Pseudo dementia " والذي قد يصيب كبار السن وأهم أسبابه حالات الاكتئاب التي تخفى على التشخيص والتي تستجيب عادة بشكل مُرضٍ للعلاج بمضادات الاكتئاب .

### مرض " كرويتزفيلدت " ( Creutzfeldt )

وهو مرض حاد ينشأ عن التهاب الدماغ الفيروسي ويعرف عادة بعدة أسماء مثل " الكورو Kuru " و " السكرابي Scrapie " حسب الحيوانات المصابة .

ويتميز المرض بإصابة المرضى متوسطي العمر وتشمل أعراضه الرنح والرجفات العضلية مع تدهور عقلي سريع نحو الخرف الذي ينتهي بالوفاة بعد فترة من الدهول في أشهر قليلة .

### مرض " بيك " ( Pick )

في هذا المرض يحدث ضمور مخي ذاتي يقتصر أساساً على الفصين الجبهي والصدغي ، ولهذا يبدأ المرض عادة في شكل متلازمة " الفص الجبهي " مع تدهور المستويات الخلقية ، وهو نوع نادر من الخرف يظهر أحياناً في العقد الخامس من العمر ويتميز بفقد الذاكرة والخرف المتدهور بشكل واضح ، مع اضطرابات حركية وأعراض الإصابة في الفص الجداري ولكن بدرجة أقل شيوفاً ، إلا أنه بمرور الوقت تصبح الصورة الإكلينيكية صعبة التفريق عن مرض " ألزهايمر " .

### رقص " هنتنجتون " Huntington's Chorea

هذا المرض هو نوع من الخرف له أساس وراثي ، أي أنه ينتقل من جيل إلى جيل عن طريق الجينات ، وتتم الوراثة عن طريق جين سائد . وتشمل مظاهر المرض حركات لا إرادية من نوع " الرقص Chorea " ، مع تغير في القدرات العقلية التي تؤدي حتماً إلى الخرف في نهاية الأمر ، وهناك مدى متسع للأعراض العقلية التي قد تظهر قبل ظهور الخرف بصورة واضحة ، برغم أن أكثر الذهانات حدوثاً هو النوع الخيلائي ، وكثيراً ما يحدث الانتحار أو إدمان الكحول أو اضطرابات الشخصية بين أقارب المريض .



كثيرا ما ننسى أن مرض الصرع يمثل تجربة مخيفة إلى أقصى درجة ومهددة لكيان المريض فعندما يتبين الشخص أنه قد يفقد وعيه فجأة وبدون إنذار فإنه يجد في ذلك موقفا قاسيا بالنسبة له ولعائلته ولهذا السبب يحتاج مريض الصرع - بالإضافة إلى العلاج الجيد بالعقاقير المضادة للصرع - إلى قدر كبير من المساعدة النفسية والارشاد بحيث يمكنه أن يعيش حياة عادية بقدر الإمكان دون حبسه في شرنقة اجتماعية ، وهو ما يحدث بسهولة مع الأطفال المصابين بالصرع .

أما النواحي النفسانية الخاصة بالصرع فتتعلق بصرع الفص الصدغي والذهانات الصرعية ففي حالة صرع الفص الصدغي تحدث نوبات من الاضطرابات الانفعالية أو فورات من الغضب مصحوبة عادة بموجات كهربية خاصة بها تظهر عند تخطيط المخ كهربيا ، وقد تمر نوبات صرع الفص الصدغي دون أن تشخص ، بسبب التغيرات الانفعالية سواء كانت في شكل غضب أو شطط وجداني أو اضطرابات في الإدراك مما يسود إلى حد ما الظواهر الدالة على النوبة الصرعية ، ويجب على الدوام الأخذ في الاعتبار احتمال تشخيص صرع الفص الصدغي عندما نقابل مريضا تتنابه نوبات متكررة من اضطرابات السلوك أو التغير الانفعالي.

وارتباط الصرع بالذهان يدعو إلى الاهتمام فقد انتشرت فكرة في وقت ما عن أن هناك ارتباط عكسي بين الفصام والصرع ، وهذا غير صحيح ، والرأي السائد الآن هو أن هناك ارتباط أكيد بين الصرع والذهان شبيه الفصام ، وأن هذا الذهان الأخير ما هو إلا أحد أعراض الصرع أي أن أساس هذا الذهان يرجع إلى عملية صرعية وأنه ليس مستقلا عن هذه العملية الصرعية ، وهناك ارتباط كبير بين صرع الفص الصدغي وظهور الذهانات الصرعية .

وفي الماضي كانت هناك اضطرابات في الشخصية توصف بين مرضى الصرع المزمّن طويل المدى ، والذي لم يتم التحكم فيه تماما ، وكانت تلك الاضطرابات تشمل الميل نحو صلابة التفكير والانعزالية والسلوك الصعب نوعا ما ، وهذه التغيرات غير شائعة الآن والمحتمل أنها كانت مرتبطة بالبقاء داخل المؤسسات العلاجية بالإضافة إلى تناول كميات مفرطة من العقاقير ، ومن المحتمل أن الارتباط الوحيد بين الصرع واضطرابات الشخصية هو ارتباط ظاهري - على الأقل بين صرع الفص الصدغي واضطرابات الشخصية .

## المتلازمات المصاحبة لأورام المخ

تبدأ أعراض أورام المخ (Cerebral tumours) في الظهور عادة بواحد أو أكثر من الأعراض والعلامات التالية :

- 1- الصرع .
- 2- علامات ازدياد الضغط داخل الجمجمة وهي الصداع وتورم القرص البصري والغثيان والدوار .
- 3- علامات التلف الموضعي أو المعمم للمخ ، مثل الحبسة الكلامية ، أو العمه الحركي ( اللاأدائية) أو الخرف أو الشلل .

إلا أنه ليس من غير الشائع أن تبدأ أورام المخ في شكل أعراض نفسانية خالصة ، ومما يدعو إلى الخطأ في التشخيص ، هو حدوث الورم عند مريض كان يعاني من أعراض عصبية لمدة طويلة ، وفي الحالتين السابقتين قد يفوت على الطبيب تشخيص الورم إذا كان غافلاً عن احتمال هذا التشخيص إلى حين ظهور علامات التلف المخي الجسيم ومن المحتمل أن 5٪ من المرضى المصابين بأورام المخ قد يبدأ مرضهم بأعراض عقلية وهذا يلقي بعبء تشخيص محرج على كل من يقابل تلك الأعراض خصوصاً عند الأطفال وبين المرضى متوسطي العمر وهما الفئتان اللتان يكثر بينهما التعرض لخطر الإصابة بالأورام .

ويجب دائماً السؤال عن المظاهر التالية بعناية فائقة مع تقويمها التقويم اللازم:

- 1- التغير الطفيف والتدريجي في الشخصية .
- 2- تدهور المظهر العام للمريض .
- 3- تغير قيم المريض وأخلاقه .
- 4- البلادة الانفعالية حديثة الظهور واللامبالاة والتبذل العاطفي ( وهي تشير إلى أورام الفص الجبهي ) .
- 5- استهانة غير عادية بالأمور .
- 6- نقص التركيز الذهني .
- 7- ضعف الذاكرة .
- 8- الهلوسة ( وتشير إلى أورام الفص الصدغي ) .
- 9- نوبات من الميل للنوم ( وتشير إلى أورام البطين المخي الثالث ) .



أما نوبات النوم القهري ( السبخ Narcolepsy ) فهي أحد الأسباب النادرة للميل إلى النوم وتصحبها تغيرات مميزة في رسم الدماغ الكهربائي وتستجيب للعلاج بمركبات الأمفيتامين .

## المراجع

Bonhöffer, K. (1910) *Die symptomatischen Psychosen in Gefolge von akuten Infectionen und innere Erkrankungen*. Deuticke, Leipzig.

## القراءات المستقبلية

- Bonhöffer, K. (1974) Exogenous psychoses. In Hirsch, S. R. & Shepherd, M. (Eds) *Themes and Variations in European Psychiatry*. John Wright, Bristol.
- Flohr-Henry, P. (1976) Epilepsy and psychopathology. *Recent Advances in Clinical Psychiatry*, 2, 262-95.
- Keschner, M., Bender, M. B. & Strauss, I. (1938) Mental symptoms associated with brain tumor. *Journal of the American Medical Association*, 110, 714-18.
- Lishman, W. A. (1987) *Organic Psychiatry*. Blackwell Scientific Publications, Oxford.
- Luria, A. R. (1980) *Higher Cortical Functions in Man*. Basic Books, New York.
- Luria, A. R. (1989) *The Working Brain*. Penguin, London.
- Slater, E., Beard, A. W. & Clithero, E. (1963) The schizophrenic psychoses of epilepsy. *British Journal of Psychiatry*, 109, 95.
- Symonds, C. (1962) Concussion and its sequelae. *Lancet*, i, 1.
- Wolff, H. G. & Curran, D. (1935) The nature of delirium and allied states; dysergastic reaction. *Archives of Neurology and Psychiatry (Chicago)*, 33, 1175-215.

\*\*\*\*\*

## الفصل الخامس

### العصاب واضطراب الشخصية

#### المقدمة

في الطب النفساني نجد مفهوم المرض أوضح ما يمكن عند الحديث عن الذهانات العضوية ، ففي هذه الاضطرابات هناك تلف في بنية الدماغ ويؤدي ذلك إلى إحداث متلازمات عقلية يمكن تبينها ، ثم يصبح هذا المفهوم أقل وضوحاً في حالة الذهانات الوظيفية ، أي الفصام وذهان الهوس الاكتئابي ، برغم أن الدلائل على وجود اضطرابات كيميائية حيوية في هذه الأمراض تدعو إلى الاقتناع .

أما في حالة العُصابات واضطرابات الشخصية فيصبح مفهوم المرض أضعف ما يمكن ، إذ أن هذه الحالات تختلف اختلافاً كبيراً فحسب من الحالة النفسية السوية ، بعكس ما نراه في حالات الأمراض المحددة مثل الذهان العضوي أو الذهان الوظيفي .

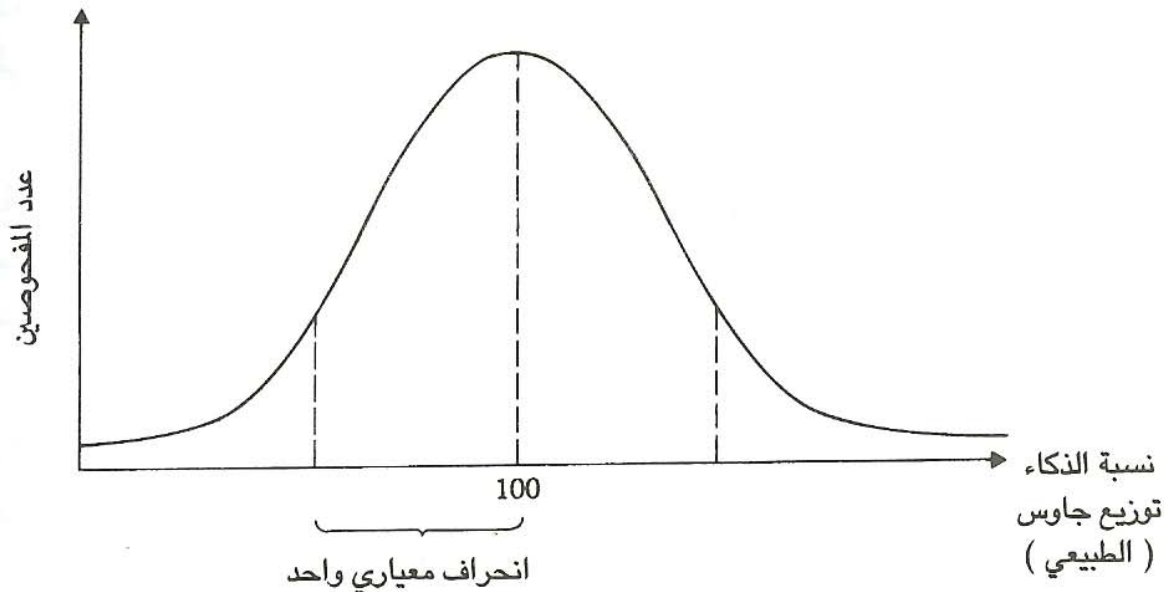
ويمكن أن يظهر الاكتئاب العصبي والقلق نتيجة لأسباب كثيرة ، فنحن نقابلها كثيراً عند الشخصيات الشاذة أو المعرضة للتأثر بما حولها من الظروف ، وهذا يعني أن العصاب واضطرابات الشخصية متشابكان بعضهما ببعض ، ويجد الكثيرون صعوبة في إضفاء مفهوم " المرض " على اضطرابات الشخصية لأن تلك الاضطرابات لا تمثل تغيراً في الفرد أكثر مما يعني كونه قبيح المنظر أو جميلاً .

#### مفهوم الشخصية ( Concept of personality )

لكي يتعامل الطبيب النفساني مع التغيرات التي تطرأ على شخصيات البشر ، يجد نفسه في مواجهة مشكلة مؤكدة إذا حاول الحصول على نموذج محدد وقادر في نفس الوقت على تمثيل الطبيعة المتفردة للسلمات اللانهائية التي تكون عالم البشر تمثيلاً صادقاً . وإذا ما تعاملنا مع كل حالة على أنها منفردة بلا تعلم ولا تعميم من دراستنا لمرضاينا السابقين ، فإننا بذلك نقرر أنه من الممكن أن نصنف أي شخص بغض النظر عن خبرته ودراساته السابقة ، إلا أن محاولتنا لتصنيف

الناس بطريقة عفوية إلى فئة من فئات قليلة من أنماط الشخصية سيؤدي ذلك حتما إلى إغفال الكثير مما يجعل الشخص فردا له هويته الخاصة .

ولكي نضع يدنا على ذلك التنوع اللانهائي بطريقة قابلة للتطبيق العملي ، فعلينا أن نراجع قياس أي بعد من الأبعاد النفسية مثل الذكاء ( شكل 1 ) فالمتوسط الاحصائي للأفراد السويين بالنسبة لهذا البعد قد تم تحديده بالرقم (100 نقطة ) ومعدل الانحراف المعياري ( أي متوسط الفرق بين حرز أو حصيلة كل شخص وبين المتوسط ) هو حوالي 15 نقطة ، ويقع ثلثا الجمهور في نطاق معدل انحرافي واحد من الرقم 100 ( أي بين 85 ، 115 ) كما يقع كل الجمهور فيما عدا 3٪ منه في نطاق معدلين للانحراف أي ( 70 ، 130 ) ومن يقعون خارج هذا المجال يوصفون بأنهم منحرفون وشاذون إحصائيا .



شكل "1" : توزيع نسبة الذكاء بين أفراد مجتمع متوسط

وقياسا على ذلك فكل المتغيرات النفسية يمكن قياسها باستخدام "أداة" للقياس تبين بطريقة عفوية ( تأخذ عادة شكل الاستبيان ) ثم تختبر هذه الأداة من حيث عولها ( Reliability ) وصدقها ( Validity ) ، وعلى سبيل المثال نجد أن اختبار الذكاء ليس ثابتا إذا كانت النتيجة التي يحصل عليها إحصائيون مختلفون من القائمين بالقياس تختلف من إحصائي لآخر ، كما أن الاختبار قد لا يقيس ما يدعي أنه يقيسه ، فقد يقيس ما نسميه " اختبار الذكاء " شيئا آخر غير الذكاء ، مثل القدرة على ملء الاستمارة ( أو الاستبيان ) وفي هذه الحالة يفقد هذا الاختبار

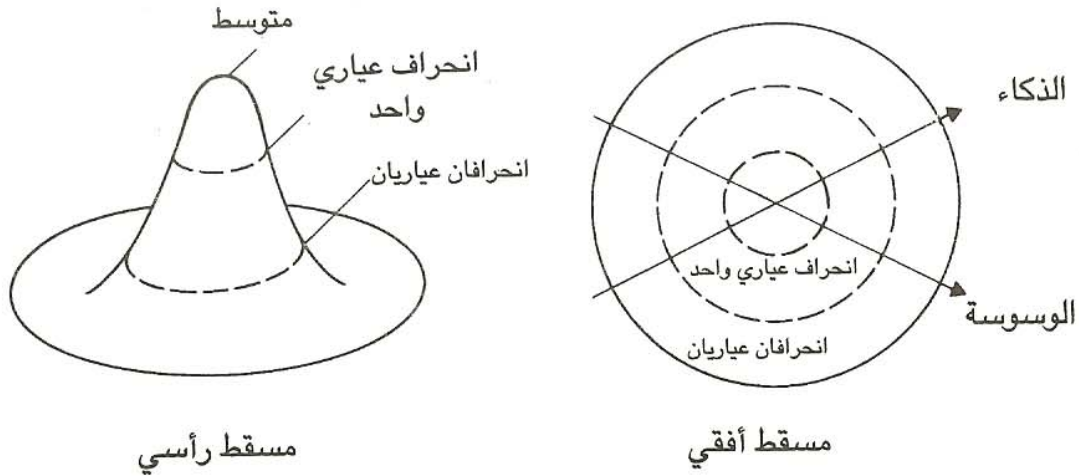


صدقه ، فالخجل سمة للشخصية ترتبط غالبا مع الشخصية الحساسة ، وهي تمثل الاستمرارية بين الخبرة المتوسطة في هذا المجال وبين الحدود القصوى التي تعتبر جزءا من المدى الطبيعي لسمات الشخصية . وقد نتذكر الاجتماعات المدرسية التي يحدث أن يصاب فيها بعض الأطفال بفقد الوعي ، وما قد يتبع ذلك من المناقشات المرهقة حول ما إذا كان الجو شديد الحرارة أم شديد البرودة ، إلا أن البحث قد أثبت أن الأطفال يفقدون وعيهم عادة عندما يدلي ناظر المدرسة ببياناته بغض النظر عن درجة حرارة الجو .

وهذه البيانات تكون عادة غير سارة عندما يصرح الناظر بملاحظات فيها لوم أو اتهام مثل قوله " قد سرق أحدهم بعض الكتب من المكتبة " ، وهنا يشعر الطفل شعورا عابرا بالذنب إذا ما حسب أن الناظر يشير إليه ، ومن المؤكد أن مثل هذا الشعور منتشر انتشارا طبيعيا بين الناس ( أي انتشار احصائي طبيعي بمفهوم "جاوس" ) أما الطفل الحساس فيشعر بحملقة الناظر فيه كما يشعر أن عيون من في المدرسة ترصده من وراء ظهره فتنتابه حمرة في الوجه وقد يغمر عليه فيما ندر، ومثل هؤلاء الأشخاص يبدوون استعدادا استثنائيا لاعتبار التصريحات العامة وكأنها موجهة إليهم بصفة شخصية ، وعندما يستكملون نموهم يكونون تلك المجموعة من الناس التي تحسب أن رواد المقاهي عندما يضحكون ساعة دخولهم إنما يضحكون منهم ، ومثل هذا الشخص يوصف بأنه يعاني اضطرابا في الشخصية من النمط الحساس ( Sensitive personality disorder ) إذا أدمن الخمر بغرض التخلص من تلك المشاعر المضنية .

ولننظر الآن إلى نوع ثلاثي الأبعاد بمنحنى " جاوس " ، أي مخروط "جاوس" ، الذي يشبه القبة المكسيكية بعض الشيء ( شكل 2 ) فمن أعلى ( المنظر الأفقي ) نجد أن هذا المخروط دائري الشكل ، وأي مقطع رأسي مار بمركز المخروط هو نصف قطر تلك الدائرة ، أما في المنظر الرأسي فنجد أن القطع الحافّي بين سطح المخروط والمقطع الرأسي يأخذ شكل " منحنى جاوس " ، ويمثل هذا القطع الحافّي أي بعد نفسي مثل الميل إلى الوسوسة أو الخجل أو شدة الحساسية ... إلخ . وهناك عدد لا نهائي لأنصاف الأقطار التي يمكن رسمها على الدائرة وكل واحد منها يمثل المقدار الكمي لأية سمة تعرف بأنها بعد نفسي للشخصية ، وهذا المدخل الإحصائي يكمل المدخل الفكري في الكتابات النفسية فيقول أن أحدهما يقيس الشخصية والثاني يصف سماتها المميزة .





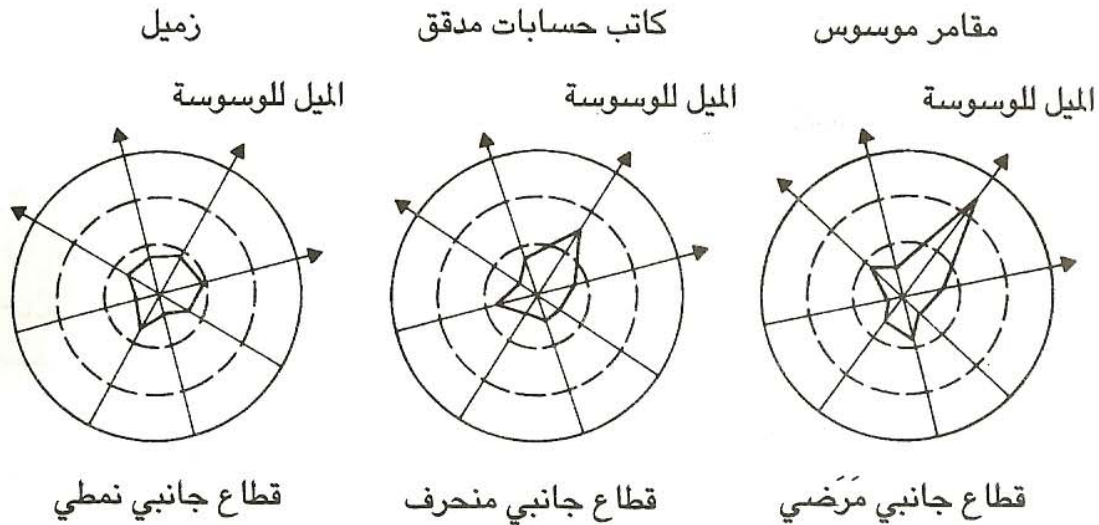
## شكل "2" : ربوة الشخصية ( تبعالجوس ) Gaussian (Hillock of personality)

وكثير من الاختبارات النفسية والحركية سميت باسم العلماء الذين ابتكروها وتلك الأسماء تنتهي بالحرف اللاتيني I أي ( Inventory ) للدلالة على أنها ابتكار مسجل باسم مبتكره ومسح " ميلون " ( Milon ) الاكينيكي متعدد المحاور (MCMI) هو مجموعة من الاختبارات تقيس أبعادا نفسية متعددة ، يستخدم لرسم منظور جانبي ( أي بروفييل ) للشخصية . وهي تمدنا بتحليل صادق وثابت للشخصية (شكل رقم 3) . ويجب أن نلاحظ هنا أن المريض الذي يقع على بعد أكثر من ضعفي معدل الانحراف على منحني " سمة الحساسية " يمكن أن يوصف بالتعاطم (البارانويي) أو بأنه مجرد شخص مفرط في الحساسية ، ولكنه يعتبر طبيعيا من الناحية الاحصائية ( أي يقع في مدى التوزيع الطبيعي ) مثل حالة الرجل الذي يبلغ طوله ستة أقدام وسبع بوصات الذي قد يكون مصابا باضطراب في الغدة النخامية أو يكون مفرط الطول ولكنه طبيعي ويتمتع بصحة عادية .

وعند الحديث عن كيفية تمثيل الشخصية بطريقة عملية فنحن نستخدم مصطلح "شاذ" بمعناه الاحصائي ، أي أنه يدل على التميز الكيفي عن أي شيء في مدى التوزيع الطبيعي إلا أن لفظ "شاذ" يستخدم في كل الكتابات التي تتناول الشخصية بالمعنى العامي للدلالة على الانحراف عن المتوسط . وهذا خلط يؤسف له ولا يمكن تجنبه إلا أنه قد يساعدنا على أن نتذكر أن " اضطراب الشخصية " هو ذلك النوع الموجود مثلا في حالة " التششت الفصامي للشخصية " ، وفي الفصل التالي يستخدم مصطلح "شاذ" بالمعنى غير المحدد الدال على الانحراف .

## الشخصية الشاذة والحالة السيكوباتية ( Psychopathy )

يسلك الكثير من الناس سلوكا شاذا منذ نعومة أظفارهم ، وهذا الشذوذ يظهر في شكل أفعال موجهة ضد المجتمع ، أو الخروج عن المألوف بشكل أو بآخر ، ويعتبر هذا جزءا من تكوينهم أكثر من كونه مرضا مكتسبا ، ولهذا السبب فإنه يعتبر دليلا على أنهم ذوي شخصيات شاذة .



شكل "3" : قطاعات جانبية للشخصيات باستخدام اختبارات ميلون متعددة المحاور ( MCMI )

والشخصية هي جماع خصائص مختلفة منها الذكاء والسمات العاطفية والجسمية ، وهذه بعض أمثلة قليلة وهي تعطي لكل شخص قدرا من التفرد وقدرا من التشابه مع رفاقه في نفس الوقت ، وهذه الخصائص موجودة إلى درجة ما في كل شخص ، بحيث أننا عندما نتحدث عن الشخصية السوية والشخصية الشاذة فإننا لا نفترض وجود حد فاصل بين الفئتين وإنما نحاول أن نحدد معالم شخصية الفرد على أنها تقع على منحني يمثل التوزيع الطبيعي وبهذه الطريقة نجد أن "الشواذ" هم اللذين ينحرفون انحرافا واضحا عن المتوسط ، وأن "الأسوياء" يكونون الكتلة الأساسية لمجموع الناس ، وهذه الطريقة في فهم الشخصية لها ميزة كبرى في أنها مفيدة من ناحية التجريب . فالباحثون يمكنهم أن يمشوا قدما ليحاولوا ترسيخ نواحي الترابط النفسي للصفات المميزة للشخصية . وقد تم إجراء قدر كبير من هذا العمل القيم ، والمدخل الطبي النفسي لدراسة الشخصيات



الشاذة كان في أساسه مدخلا إكلينيكيًا ، ولم ييسر مصطلح "سيكوباتية" استخدام هذا المدخل الإكلينيكي ، ويميل النفسانيون عامة إلى إطلاق مصطلح "السيكوباتية" على المرضى أصحاب الشخصيات الشاذة ، إلا أن هذا ليس معما ومفهوما ، فالسيكوباتية واضطرابات الشخصية " قد تم اتحادهما اتحادا قويا على يدي "شنايدر" "Schneider" الذي عرّف السيكوباتيين بأنهم الشخصيات الشاذة التي تعاني من شذوذها أو يسببون المتاعب للمجتمع ، وهذا التعريف هو المستخدم في هذا الكتاب ، وله ميزة واحدة مهمة جدا وهي أنه يبين أن الشخص قد يكون ذا شخصية شاذة ( أي منحرفة إحصائيا ) دون أن يعتبر مريضا بشكل ما أو معاد للمجتمع ، أي أن هذا المصطلح يميز بين الشخصيات الشاذة " المريضة " وتلك "غير المريضة" ولهذا الاستخدام أهمية لأن مصطلح السيكوباتية قد أصبح مصطلحا يساء استخدامه ، على الأقل في الكتابات الأنجلوأمريكية فهو يدل على سوء السلوك ، ولسوء الحظ فإن هذه الصورة قد تعقدت في إنجلترا وويلز بصور قانون الأمراض العقلية لسنة 1959 ، والذي يؤكد على أن الاضطراب السيكوباتي "يصحبه سلوك غير مسؤول يعادي المجتمع " .

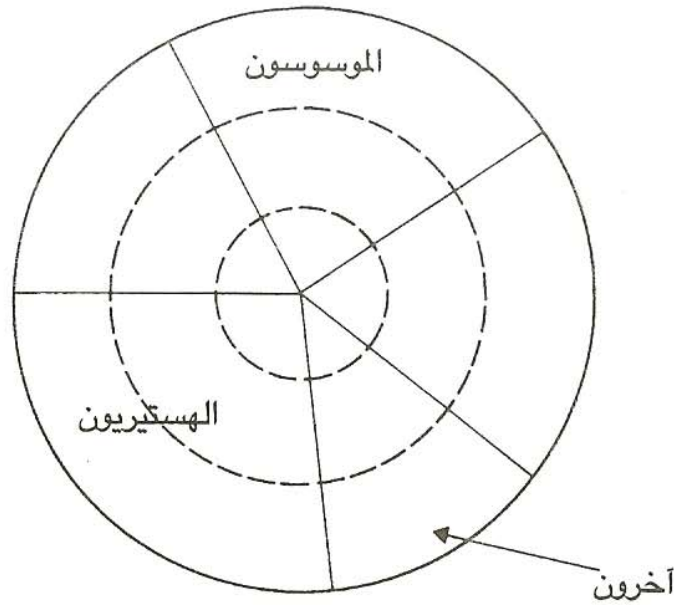
وقد صنف الأطباء النفسانيون السيكوباتيين بطريقتين ، أولهما تصنفهم بتسمية مجموعات تضم من يشبه اضطراب شخصيتهم بمتلازمة إكلينيكية مثل الشخصية السيكوباتية شبيهة الفصام ، والشخصية السيكوباتية الهستيرية ، أما الطريقة الثانية فتصنفهم باستخدام صفة مميزة من كل نوع ، مثل السيكوباتي غير الكفء والسيكوباتي العدوانى .

وهذه التصنيفات هي تعبيرات مختصة تناسب اختزال الأنواع غير المتناهية بطريقة عفوية نوعا ما إلى مجموعات كبيرة ( شكل 4 ) إلا أن هذه التصنيفات وإن كانت مناسبة ، ففيها ما لا يغنيها عن الوصف المدقق لمعالم الشخصية مثل اصطلاح " غير الكفء " وهذه الإيضاحات مهمة لبيان الهدف من العلاج والتصنيف الدولي للأمراض العقلية (ICD) هو مجموعة من هذه الإيضاحات للصور الشائعة التي نرى فيها هذه الشخصيات .

## أنواع الشخصيات الشاذة

### ● الشخصية الشاذة غير المرضية ( المنحرفون ) (Deviant)

يقع كثير من الناس الموهوبين في هذه الفئة وبعض العلماء يسمونهم "سيكوباتيين" دون وجود ما يبرر ذلك .



شكل "4" : تصنيف السيکوباتيين

### ● الشخصية الشاذة المرضية ( السيکوباتية )

وهذا الشذوذ هو الذي يؤدي إلى ظهور أعراض تشمل ما يلي :

- 1- المراق ( الأعراض المرضية المتوهمة ) .
- 2 عدم الاستقرار .
- 3- تفاوت المزاج الانفعالي .
- 4- إدمان المخدرات

" وقد تؤدي هذه الاضطرابات إلى إدخالهم إلى المستشفى " .

أما أنماط الشذوذ التي تؤدي المجتمع فتشمل :

- 1- محاولات الانتحار .
- 2- السلوك المعادي للمجتمع ( النكاس أو تكرار الجريمة Recidivism ) .
- 3- فقد البصيرة الذي يؤدي إلى إشباع أية نزوة شخصية .
- 4- السلوك المندفع .
- 5- الشذوذ الجنسي .



6- فقد الكفاءة الاجتماعية .

7- فقد القدرة على إبقاء العلاقات الشخصية في استقرار وثبات .

وقد تؤدي هذه الاضطرابات إلى ادخالهم إلى المستشفى أو إلى السجن .

والملمح الذي يسترعي الانتباه في كثير من الشخصيات السيكوباتية هو وجود درجة واضحة من عدم نضج شخصياتهم ، فهم يتفاعلون تبعاً لأي هاجس ينتابهم، وبنفس الطريقة التي يمارسها طفل صغير تنتابه فورات الغضب إذا لم نلبي طلباته فوراً . وأصحاب هذا النوع قد يرتكبون جرائم لها معقبات الكوارث .

## العلاج

بمثل ما يستحيل علينا تغيير طول شخص ما وبقدر ما يستحيل على الفهد تغيير البقع التي تكون جلده ، فلا يمكن أن يحول أي علاج شخصية الفرد ، ولكن إذا كان الفهد لا يمكنه تغيير بقع جلده فهو يستطيع على الأقل أن يتعرف عليها وأن يعمل على تحملها ، والرجل المفرط الطول الذي يشكو من الصداع بسبب تكرار اصطدام رأسه بإطار الباب ، عليه أن يتعلم كيف ينحني أو أن يرتفع بإطار الباب أو أن ينتقل إلى بيت له أبواب مرتفعة ، ولكنه يجب أن يبدأ بأن يفهم مصدر صداعه وأن يتقبل هذا السبب ، وعلاج السيكوباتي يتبع نفس المبدأ ، فيمكنه أن يكتسب بصيرة لحالته ، وهذا يتأتى بشكل أمثل عن طريق العلاج الجماعي حيث يستطيع المرضى أن يبينوا نواحي القصور في شخصية أحدهم الآخر وإظهار السلوك السيكوباتي عن طريق الآخرين هو طريقة تساعد الشخص على أن يلاحظ بطريقة موضوعية ما يحاول الطبيب أن يعالجه ، والاقتراب العلاجي من المريض يعترف بأهمية القوى الاجتماعية والمجتمع العلاجي ككل في تشكيل السلوك والشخص السيكوباتي يمكن أن يستفيد من هذا العلاج بعكس المفهوم الشائع .

## العُصابَات ( The neuroses )

عند مراجعة تعريف العُصابَات (300) واضطرابات الشخصية (301) في التصنيف الدولي للأمراض ، سرعان ما يتضح لنا أن نفس الدلالات ( أو المياسم ) تستخدم للدلالة على كليهما ، فعُصاب الوسواس مثلاً ( 300.3 ) له نفس الميسم الذي لاضطرابات الشخصية الوسواسية (301.4) وذلك لأن انحراف الشخص عن السواء في بعد معين يميل إلى الوصول بهذا الانحراف إلى أقصاه تحت

الظروف الضاغطة ، وهذه الظروف الضاغطة (الإجهاد النفسي أو الكرب Stress) تسمى عصاباً حين يصبح الشخص المدقق الأنوف شخصية موسوسة متزمتة .

وإذا استخدم عالم النفس أدوات قياس حساسة بدرجة كافية ، ومتميزة بالثبات والصدق فقد يصل إلى النتائج المبينة في شكل "5" .

والتدهور على مقياس (Score) الوسوسة ( مثل الإجهاد النفسي تحت تأثير البطالة ) الذي يبلغ أكثر من ضعف معدل الانحراف ، ثم التخلص منه عند الحصول على عمل يبين أن المصاب بهذا العصاب - من الناحية الظاهرية - يمكن اعتباره شخصية مريضة مرضاً مؤقتاً .

والمفهوم العام للعصاب (Neurosis) يعرفه بأنه اضطراب نفسي يتميز بما يلي:

- 1- غيبة الأعراض من نوع الهلوسة والضلالات واضطرابات التفكير ونقص الذكاء .
- 2- وجود القلق .
- 3- أعراض مزمنة ولكنها هينة .
- 4- الإبقاء على البصيرة .
- 5- الشخصية لا تتغير .

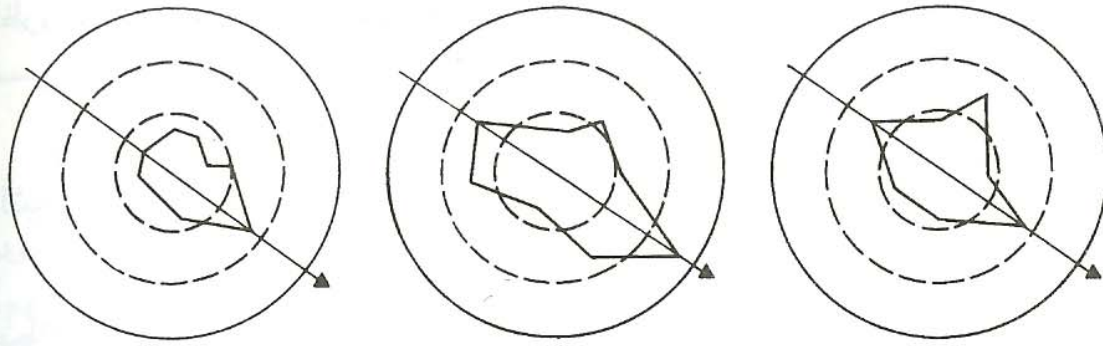
هذا في مقابل الذهان (Psychosis) الذي يتميز بما يأتي :

- 1- أعراض من نوع الهلوسة والضلالات واضطراب التفكير وتدهور الذكاء .
- 2- اضطرابات انفعالية شديدة .
- 3- ضعف البصيرة .
- 4- غياب نسبي للقلق .
- 5- تغير في الشخصية .

والعُصابات هي أمراض شائعة تمثل 20 إلى 25٪ من المرضى المترددين على الأطباء الممارسين العامين .

وتشمل العُصابات التي سنغطيها في هذا الكتاب ما يلي :

- 1- القلق .
- 2- الهستيريا .
- 3- عصاب الوسواس القهري .
- 4- المراق .



كاتب الحسابات المدقق

بعد أن يفيض الكيل  
ويشكو من أفكار الوسوسة

بعد العلاج والالتحاق  
بعمل آخر

شكل "5" : أنماط الانحراف في تصنيف العُصَاب

## القلق ( Anxiety )

وهو ظاهرة عالمية الانتشار ، يشعر فيه الشخص بالخوف أو الرهبة مصحوبين عادة باضطراب في الجهاز العصبي المستقل ( في شكل فرط النشاط الودي ) وتمثله الأعراض التالية تمثيلاً نموذجياً :

- 1- سرعة النبض وارتفاع ضغط الدم .
- 2- خفقان القلب .
- 3- جفاف الفم .
- 4- الاسهال ، آلام فم المعدة ( الشرسوف ) ، الغثيان .
- 5- اتساع البؤبؤ .
- 6- كثرة العرق .
- 7- كثرة نوبات التبول .
- 8- الصداع .

وبالرغم من عالمية انتشاره ، فليست كل حالات القلق من النوع المرضي ، ومن المفيد أن نفرّق بين القلق المرضي والقلق السوي .



## القلق السوي ( Healthy anxiety )

ويشعر به معظم الناس تحت تأثير الإجهاد النفسي غير المعتاد ، مثل ما يحدث في زمن الامتحانات أو المقابلات الشخصية .. إلخ ، وهذان المثالان هما من الأمثلة النموذجية للقلق السوي - والقلق هنا هو استجابة طبيعية لأي موقف غير معتاد من مواقف الحياة ، وهو استجابة تكيفية من ناحية الفرد يهيء بها نفسه لأداء عمل أو اجتياز محنة تتطلب مزيداً من الجهد وتلقي بأعباء غير عادية عليه .

## القلق المرضي ( Morbid anxiety )

وهذا النوع يختلف عما سبق ، فهو من مظاهر عدم التكيف ، إذ أنه استجابة غير تكيفية وهو لا يخدم أي هدف عندما يترسخ ، بل على العكس من ذلك تماماً فالأغلب أنه يسود حياة المريض ويتحكم فيها بدلاً من أن يكون حافزاً للعمل ، والمريض بالقلق سرعان ما يعي بطبيعة مرضه غير المتمشية مع مطالب حياته ، فالقلق يتفجر في وجود ما يمكن أن نحسبه مثيراً واضحاً له ، كما يحدث في غيبة هذا المثير ، والمريض يعلم أن مخاوفه ليست عقلانية وليست لها خلفية ولكنها على كل حال تضخم قلقه بصورة تدعو إلى اليأس ، وتعصر نفسه عصباً وتسيطر على كل محتوى عقله .

## أسباب القلق

### العمر

يكثر حدوث القلق عند سن المراهقة وفي الشيخوخة . فكثيراً ما تكون المراهقة مرحلة إجهاد نفسي ودوامات انفعالية ، بل هي كذلك في حقيقتها ، وصغار السن معرضون لكل أنواع الضغوط في هذه المرحلة من حياتهم ، والنمو الطبيعي في فترة المراهقة ، هو مرحلة تثار فيها المشاعر القوية بسهولة ، وتلك المشاعر يجدها المراهق صعبة التناول ، فالمرهقون يمرون بمرحلة " بين بين " من مرحل الحياة ، فلا ينظر إليهم على أنهم بالغون ولا أطفال ، وكثيراً ما يصبح المراهق مرهف الحس ، سريع الاستثارة ، خصوصاً إزاء ما يخص مظهره الذي كثيراً ما يكون غير متناسق ، وتعلو وجهه البثور ولذا فليس من المستغرب أن المشاعر الجنسية الآخذة في الظهور تجسمها وسائل الإعلام التي تشيد بالبشرة الناعمة والقوام الرشيق ونفس المراهق يملؤها التشكك في ذاته ، هل ينجح في الحصول على وظيفة ؟ وهل ستكون الوظيفة



مناسبة ؟ وهل سيوفق في الالتحاق بالجامعة وهل سيكون كفوًا من النواحي الاجتماعية والجنسية ومختلف نواحي الحياة الأخرى إذا وضع في موضع الاختبار؟ وكل هذه الأنواع من الأسئلة تجول بخاطره ويبدو أن كل من حوله يقدم له نصائح متضاربة . وهنا قد يبدأ المراهق معاناته من القلق تحت تأثير هذه الموقف، وكثيرا ما تكون هذه الأعراض حادة .

وغالبا ما تجد أعراض القلق عند المراهق طريقها إلى التعبير عن طريق أعراض أشبه ما تكون بالانهيار الذهاني ، وهنا قد يشخص المريض خطأ على أنه فصامي ، وهو ما يسمى بأزمة الهوية في المراهقة ( Adolescent Crisis ) وهذه الأزمة يدل عليها اسمها دلالة صادقة ، فهي حالة يكون معها الشاب غير واثق من نفسه ولا في دوره في الحياة ، إلى درجة الانهيار ، إذ يصاب بقلق غلاب وتنعدم ثقته في نفسه بحيث يفقد علاقته بالواقع فقدا ظاهريا ، وهناك وصف أدبي لهذه الحالة في رواية كتبها ج. د. " سالينجر Salinger " اسمها ( الصياد في حقول الشوفان Catcher in the Rye ) .

فأزمة المراهقة تلك تستجيب جيدا للمعاملة الصريحة والمتعاطفة مع المراهق ومن المهم ألا يوصم هؤلاء المرضى بأنهم فصاميون ، ومن ناحية أخرى ، يجب أن نضع في أذهاننا دائما أن الفصام حالة يمكن عمليا أن تبدأ في فترة المراهقة إلا أنه يجب البحث عن أدلة تشير إلى حدوث تغير أكثر عمقا في شخصية المريض ، مثل اضطرابات التفكير ( أنظر " الفصام " ) .

وعلى هذا فمصادر القلق في المراهقة شائعة ، وقد تكون أسبابا شخصية أو اجتماعية أو ثقافية ، وتحتاج الأعراض إلى فحص وعلاج ، إذ أن المراهقة مرحلة تتميز بالتغير والنضج . والمعاملة الرزينة في أثناء المراهقة قد تساعد الشخص على تفادي إزمان الأعراض ونقل مشاكل المراهقة التي لم تحل إلى مراحل الحياة الأخرى مثل مرحلة النضج .

أما عند الشيوخ فقد يصيبهم القلق بسهولة عندما يتهدم نظام حياتهم التي تعودوها . والوحدة والخوف من الموت من الأسباب الهامة التي تأخذ الشيخ إلى القلق، وكثيرا ما نستهن بقلق كبار السن ، كما لو كان هذا القلق قليل الأهمية بسبب كبر سن المريض وكأننا نعتقد أن كبر السن لا بد وأن يؤدي إلى البؤس وهو ما لا يجب أن يحدث ، برغم أنه كثير الحدوث .

## الشخصية القلقة

بعض الناس قلقون بطبيعتهم ، وهم دائماً أكثر قلقاً من الآخرين ، فمنذ بكورة أعمارهم ، وخلال عمرهم كله ، تنتابهم مشاعر عدم الأمان ، والخجل وعدم الاستقرار العاطفي ، ونجدهم متوترين دائماً ، تستثار مخاوفهم بسهولة ، ويكثر لديهم التساؤل عن صحتهم مما يجعلهم ميالين للاتجاه نحو المراق ، كما نجد أن سجل حياتهم العملية سيء ، ومستوى حوافزهم منخفض كما أن طاقتهم وطموحهم ومثابرتهم كلها منخفضة المستوى ، وهذا التجمع من السمات يعتبر دليلاً على استعدادهم الخلقي للإصابة بالعصاب ( البنية العصابية Constitutional Neuroticism) وقد ثبت وجود هذه البنية بصورة مقنعة بواسطة " سلاتر " 1943 (Slater) "ريس وايزنك" (Rees & Eysenk) وترتبط تلك البنية العصابية ارتباطاً قوياً مع البنية الجسمية وعدم ثبات الدورة الدموية مع خلفية من الضعف العام .

## عصاب القلق (الانهيار العصبي) (Anxiety neurosis)

القلق هو أكثر أنواع الاجهاد النفسي حدوثاً كاستجابة للضغوط النفسية ويعتبر إلى حد ما استجابة طبيعية محدودة ، ونراه في مواقف الامتحانات وبدء الزواج وتحت ظروف الحرب ، ولكن إذا استمرت هذه الاستجابة طويلاً ، فالأغلب أن هناك عامل مستديم من الإجهاد النفسي الذي يجب إزالته إذا رغبتنا في التخلص من القلق .

## التعلم ( Learning )

هناك الكثير من الأدلة التجريبية التي ترجح أن القلق ظاهرة مكتسبة يمكن تعلمها ، أي أنها تنمو عن طريق عملية ارتباط شرطي بسيط ، وأنها خاضعة لنفس القوانين التي تحكم الارتباط الشرطي ، وهي التعميم والكف والاستئصال أو الإزالة الكاملة ( Extinction ) وقد استخدم هذا المفهوم علاجياً باستخدام عمليات فك الارتباط الشرطي للتخلص من حالات الرهاب ( Phobias ) .

## المظاهر الإكلينيكية

بجانب المظاهر الخاصة بالقلق ، والتي وضعناها في بداية هذا الفصل ، نجد مريض القلق يشكو من شعور بالتوتر وصعوبة التركيز ، ولا يظهر التوتر في



صورة الشد العضلي فحسب بل إنه قد يتجاوز هذا الشعور إلى الشعور بالألم وثقل الحركة في الأطراف . وتصحب ذلك تغيرات انفعالية من نوع الاكتئاب ، والملاحظ أن الاكتئاب كثيرا ما يصحبه القلق ، والحق أن وجود القلق في صورة نقية لهو حالة نادرة جداً فلا بد أن يظهر الاكتئاب عاجلاً أو آجلاً .

وهناك أعراض جسمية أخرى تصاحب القلق وتشمل نقص الرغبة الجنسية والعنة وقلة النوم ، فالمريض يجد صعوبة في بدء النوم وقد يعاني من النوم المتقطع بحيث يبقى في فراشه متيقظاً يجتر مخاوفه في قلق .

وحالات القلق قد يراها الطبيب في صورة مجال متسع من الأعراض ، التي قد تصيب كل أعضاء الجسم تقريباً ، فإخصائي أمراض القلب قد يستثار بسبب الخفقان ، بينما قد يستثار طبيب الأمراض الصدرية بسبب صعوبة التنفس ، ويستثار طبيب الجهاز الهضمي بسبب عسر الهضم كما يستثار طبيب الأمراض العصبية بسبب ضعف الحركة أو الصداع ، وتميل المظاهر الجسمية للقلق إلى أن تصبح هي الأعراض التي تأتي بالمريض إلى طبيبه - إذ أن هذه الأعراض هي التي تجعل المريض يشعر بأنه سقيم . والفحوص الدقيقة جزء من العناية الطبية ، إلا أننا يجب أن نتبين ما تجلبه المبالغة في إجراء هذه الفحوص من ازدياد أعراض المريض ، وهنا يجب أن يوازن الطبيب بين الإسراف في الاستقصاءات مع عدم طمأنة المريض بدرجة مناسبة وبين الإقلال من الاستقصاءات مع طمأنة المريض بثقة مبالغ فيها .

## التشخيص

حالات القلق البسيط غير المصحوب بالاكتئاب ليست شائعة ، فمعظم مرضى القلق يعانون من بعض الاكتئاب ، وقد نرى القلق أوضح ما يكون عند بداية مرض الاكتئاب ، وليس من النادر أيضاً أن نجد القلق في المراحل الأولى من الفصام ، ولذا يجب أن نستبعد ما يلي قبل أن نقرر أن مريضنا إنما يعاني من قلق بسيط فحسب :

1- الاكتئاب .

2- الفصام .

إلا أن الأمراض التي تأتي في شكل نوبات والتي يمكن أن تلتبس مع القلق فيمكن أن تنشأ مما يلي :

- 1- صرع الفص الصدغي .
- 2- الأورام المفترزة لمادة الأدرينالين .
- 3- نقص السكر بالدم .

ومن المفيد أن نفرق بين عصاب القلق وبين الفزع أو التوتر ولذلك يجب أن نتبين ما إذا كانت نوبات الأمراض الناشئة من اضطراب الجهاز العصبي المستقل - مثل نوبات الفزع ( Panic Attacks ) والتي تبدأ مثلاً من ملازمة المريض لبيته - هي الأكثر وضوحاً . فنوبات الفزع كثيراً ما تنشأ عن تعلم خاطيء يربط به المريض بين الزحام أو غيره من المشاجب التي يعلق عليها تفسيره للخفقان وفرط التهوية (Hyper-ventilation) . أما التوتر فقد يكون مجرد سمة من سمات الشخصية أو مظهر من مظاهر الانهيار النفسي في مواجهة بعض الضغوط الاجتماعية .

## العلاج

العلاج المطلوب هو علاج نفسي ، إلا أننا قد نستخدم مهدئاً بسيطاً لبعض الوقت وإذا كان القلق قد تغلب على المريض لدرجة تمنعه من التعاون مع الطبيب ، نستخدم مركبات البنزوديازيبين ( مثل ديازبام في جرعة قد تصل إلى 60 مجم يوميا مع إنقاصها إلى لا شيء بعد أسبوعين ) وتساعدنا العقاقير المحصرة لمستقبلات بيتا ( Beta Blockers ) في علاج بعض الأعراض مثل الرعشة إلا أنها تزيد من صعوبة العلاج النفسي .

## الشخصية القلقة

إنه لمن دواعي الدهشة معرفة أن الإنسان يمكنه التحكم إرادياً ، ولو إلى درجة ما ، في معظم وظائف الجهاز العصبي المستقل ، بل وقد يستطيع التحكم في موجات " ألفا " الصادرة عن خلايا الدماغ والتي يمكن رصدها بجهاز رسام الدماغ الكهربائي ( E E G ) ، فإذا تعلمنا كيف نقوم بهذا التحكم ، فإن ذلك يمدنا بمصدر هام من الطاقة النفسية التي يمكن أن يستخدمها المريض بالقلق لعلاج نفسه .

وقد استخدمت هذه الطريقة في الطب التقليدي بعض الفئات التي تسكن بلاد الشرق الأقصى والتي تمارس طقوساً روحية غامضة للتحكم في النفس ، ثم وجدت لها تطبيقات حديثة في جماعات اليوجا والزن وطرق التأملات المختلفة .



والتقنية الخالصة الأساسية في كل هذه الطرق هي طريقة "التغذية الراجعة الحيوية" Biofeedback ومن أدق أمثلتها طريقة التغذية الراجعة عن طريق مقاومة الجلد وفيها نضع قطبين اسفنجيين يثبتان حول إصبعين ونوصلهما بجهاز جلفانومتر ، وعندما يسترخي المريض ويقل عرقه ، تزداد مقاومة الجلد وتقل شدة التيار الكهربائي الذي يمر خلال الجلفانومتر مما يسبب نقصاً في عدد النبضات المسموعة التي يخرجها عداد كهربائي خاص ، ويعمل المريض على إنقاص معدل إصدار هذه الدقات وسريعاً ما يلاحظ أثر إرخاء العضلات والتنفس ببطء وبعمق .. إلخ ويتأثر عمل العداد بنوعيات التفكير - كأن يكون سريعاً أو متأملاً - وبذلك يستطيع المريض أن يتعلم بكفاءة كيف يتحكم في تفكيره وبذلك يكتسب بصيرة بطبيعة التوتر وطرق إنقاص أعراضه .

### القلق العصابي ( Neurotic anxiety )

عندما نستطيع أن نتبين أنواع الإجهاد النفسي ( الكَرْب Stress ) كأن يكون بسبب العلاقة الزوجية أو الأسرية أو الظروف الاقتصادية - فمن الممكن والمنطقي أن تساعد المريض على تخفيف أثر ذلك ولو بمجرد التنفيس عن هذه المشاعر .

وتساعدنا مركبات البنزوديازيبين على التخلص من الأعراض ولكنها تزيد من شدة الموقف بإنقاص الكفاءة النفسية بنسبة قد تبلغ 40٪ وهذه العقاقير تنقص من قدرة الشخص على كفا الانفعالات النفسية بنفس الطريقة التي يعمل بها "الكحول" وبهذا قد تجعل انتباه المريض متطائراً ، كما أنها تتراكم في الجسم وقد تؤدي إلى الإدمان .

وأبسط أنواع العلاج النفسي هو ذلك النوع المدعم لشخصية المريض ، وفيه ينصت الطبيب للمريض ويسمح له بالتنفيس عن مشاعره ، بحيث يمكن الوصول إلى حلول للمشاكل بدون إرشاد أو تفسير من ناحية الطبيب ويتلخص دور الطبيب هنا في التعاطف مع المريض بدون تحيز ، مع تشجيعه . وقد تفيد طريقة العلاج بالتحليل النفسي ، إذا كان القلق قد نشأ عن صدمات نفسية سابقة .

أما في حالات التعلم الخاطيء للاتجاهات والمفاهيم النفسية ، فالطريقة الأجدى للعلاج النفسي هي طريقة العلاج الاستعرافي (Cognitive therapy) ، فإذا كان القلق مرتبطاً بمصادر معينة للإجهاد النفسي مثل القنوط . أو المرتفعات أو الأماكن المفتوحة ، فهذه المصادر يمكنها أن تبدأ نوبة من القلق ، فهذا ما نسميه (بالقلق الرهابي) "Phobic anxiety" وقد يأخذ الرهاب شكلاً واحداً فقط ، أو

قد يكون متعدد الصور ، كما قد يكون الإجهاد النفسي البادئ للقلق شديد الغموض .. وفي السنوات الأخيرة بين علماء النفس الذين يدرسون نظريات التعلم أن أنواع الرهاب قد تنشأ عن عملية تعلم تؤدي إلى فقد التكيف . أي أن المريض قد أصبح مرتبطا ارتباطا شرطيا بحيث يصاب بالقلق عند رؤية شيء ما أو سماع صوت ما وقد استنبطوا من ذلك أن الرهاب يمكن شفاؤه عن طريق فك هذا الارتباط الشرطي ، فيتخلص المريض بهذه الطريقة من حساسيته نحو مسببات القلق ، وتتميز هذه الطريقة بأنها مبنية على أساس نظري عقلائي . وبالتخلص من الحساسية المرضية هذه ، يتعلم المريض تجنب الاستجابة للمثيرات المضرة عن طريق تعرضه شيئا فشيئا ، فيكتسب المريض مناعة ضدها وتختفي الاستجابة المرضية الشديدة ، وهناك طريقة تسمى بالتفجير من الداخل أو الغمر ( Implo- sion or Flooding ) وفيها نلقي بالمريض في أعمال المواجهة مع المثير الذي يخافه ونستمر في ذلك إلى أن يفيض القلق وتوضيح هذه الأسس ننصح بالرجوع إلى ملحق هذا الفصل وبه مثال للدليل المكتوب الذي يعطي للمرضى المترددين على العيادة الخارجية للعلاج من الرهاب .

## الهستيريا ( الهراع Hysteria )

يستخدم هذا الاصطلاح بثلاث دلالات على الأقل وهي :

- 1- وصف نوع شاذ من الشخصيات - أي الشخصية الهستيرية .
  - 2- وصف بعض الاضطرابات مثل العصابات الهستيرية (الهستيريا التحويلية) ( Conversion Hysteria ) وفيها يفقد المريض إحدى وظائف جسمه دون وجود أي تلف عضوي بالجسم وتحدث هذه الاضطرابات بسبب الإجهاد النفسي ويكون المريض غير واع بطريقة حدوث هذه الأعراض .
  - 3- وصف لحالات المبالغة في الصورة الإكلينيكية للأمراض العضوية والذي يحدث دون أن يدعيه المريض - أي أنه يحدث عن طريق اللاوعي - وهو ما يسمى بالإضافة الهستيرية ( Hysterical Overlay ) أو المبالغات الهستيرية .
- وتسمى الآلية غير الواعية في المثالين (2 و 3) بالمكسب الثانوي (Secondary gain) الذي يجنيه المريض عن طريق هذه الأعراض .



## الشخصية الهستيرية ( Histrionic Personality )

يستخدم هذا المصطلح لوصف أحد أنماط الشخصية ، والذي يتميز بوجود ميل نحو ممارسة السلوك الهستيري ، وهؤلاء الأشخاص تبدو عليهم السمات التالية :

- 1- نقص النضج العاطفي - ويصحب ذلك في الأغلب نقص في النضج الجسدي .
- 2- التمرکز حول الذات - ويصحب بقدرة ملحوظة على خداع النفس .
- 3- سلوك شبيه بالهستيريا - إذ يبدو بالنسبة للمريض وكأنه إما جهنم وإما جنة الخلد ، ويصبح من السهل استثارة الحدود القصوى من المشاعر ، كما يسهل أن تخفى هذه المشاعر وتتلاشى ، فقد نجد المريض في لحظة ما باهت الوجه باكيا ومهددا بالانتحار ، وبذلك يمكنه أن يفسد جو العنبر كله ، ثم نجده بعد ساعات ، أكثر الناس حيوية باحثاً عن تشاركه الرقص .
- 4- العجز عن احتمال العلاقات الشخصية الحميمة وعدم القدرة على الإبقاء عليها بقدر كاف من العمق ، وبرغم أننا نجد هذه السمات عند الأشخاص الأسوياء تحت ظروف معينة ، إلا أنها تحدث بشكل مبالغ فيه بين الشخصيات الهستيرية .

## العُصاب الهستيري ( الهستيريا التحويلية )

في هذا العصاب يفقد المريض إحدى وظائف جسمه دون حدوث أي تلف عضوي في أنسجة الجسم ، وينشأ هذا عادة إذا ما تعرض شخص مهياً لهذا المرض لإجهاد نفسي ، إلا أنه قد يحدث في الأشخاص الأسوياء إذا ما تعرضوا لإجهاد نفسي قاهر مثل الكوارث أو الحروب .

ويعمل فقد الوظيفة على وقاية المريض مما قد يستجد من أضرار وقد يتسائل البعض عما إذا كان هذا المرض مجرد ادعاء من المريض ، والإجابة على هذا السؤال هي بالإيجاب إلا أن وعي المريض قد يكون غائباً كلياً أو جزئياً عن حقيقة هذا المرض .

وعندما زادت المعرفة العلمية لدى الجماهير ، أصبحت العُصابات الهستيرية أقل وضوحاً وأكثر رهافة ، وتكثر الآن حالات فقد الذاكرة عن حالات الشلل الهستيري .



والاضطرابات الهستيرية مختلفة المظاهر ، وأكثرها شيوعا ما يصيب الوظائف العقلية العليا والجهاز العصبي المركزي مما يسبب فقد الذاكرة أو الشلل أو الخدر ( فقد الحس ) ... الخ . وقد تظهر الهستيريا في شكل خرف زائف (Pseudo dementia) وقد تظهر على المريض علامات ذهانية واضحة ، وعلامات الذهان هذه تتفق مع مفهوم العامة عن " الجنون " فإذا سألنا المريض كم ساق للبقرة، فقد يجيب بأن البقرة خمسة سيقان ، وقد تكون الآلام ذات مصدر هستيري، وإذا كان الأمر كذلك ، فمن الأخطاء الشائعة افتراض أن المريض لا يقاسي من هذه الآلام ، وأنه إنما يدعيها فحسب ، وبما أن معرفتنا عن آلية حدوث هذه الآلام محدودة ، فليس هناك ما يبرر هذا الاعتقاد ، ومن الأعقل الاعتراف بأن المريض يعاني من الألم ، ونحاول الكشف عن سبب هذا الألم ، فالألم هو الألم سواء كان هستيريا أو عضوياً ، ولا يجب السماح باستخدام مصطلح " الهستيريا " لتعريض المريض إلى أية معاملة معادية قد تثيرها فينا كثرة طلبات المريض وسلوكه غير المسؤول ، وهذه الإثارة هي حقيقة يجب الاعتراف بها .

## الأسباب

### 1- الوراثة

هناك دليل قوي يدعم الاعتقاد بوجود عامل وراثي مهم في إحداث الشخصية الهستيرية .

### 2- التربية

من المحتمل أن طريقة التربية تعزز السمات الهستيرية السائدة وراثيا فالأب أو الأم الملبيان لكل هاجس يبدو لأبنائهم يعززان تلك السمات الهستيرية دون وعي منهما إذا كان ابنهما متمركزا حول ذاته وغير مستقر .

### 3- التلف الدماغي

والنقص العقلي والذهان المزمن - كلها تهيج الجول حدوث الهستيريا وذلك بإضعاف مستوى التحكم الإرادي في السلوك وضعف التكامل في الشخصية.

#### 4- الاضطرابات الهستيرية

وهي من علامات الخطر في مجال حدوث الأمراض العقلية ، فالالاكتئاب غير الشخص أو الفصام الآخذ في الظهور قد يدفعان المريض إلى طلب المساعدة في شكل أعراض هستيرية غير واعية ، إذا ما وجد حياته الداخلية مشتتة بطريقة مبهمة .

#### 5- تتوافق مظاهر الهستيريا مع :

أ - فكرة المريض عن المرض وبناء على ذلك نجد أن فقد الحس في الأطراف يأخذ شكل " القفاز والجورب " أي يمتد على الذراع والساق إلى مستوى أفقي يشبه ما يصل إليه القفاز والجورب .

ب- مفهوم المرض الذي يزرعه الآخرون في ذهن المريض إما بالإيحاء أو بإعطاء المثل ، والطبيب قد يوحي هو نفسه بالنوع الأول من الأعراض في حين قد تأتي الأعراض من النوع الثاني عن طريق المرضى المحيطين بمريض الهستيريا .

#### 6- الديناميات النفسية للاضطراب الهستيري

وهي تتلخص في أن الفشل في أداء الوظيفة يظهر دائما نتيجة صراع نفسي مكانه اللاوعي ، أو صدمات نفسية مدفونة ، وهذه العوامل تهدد تكامل الفرد إلى درجة تجعله يستجيب عن طريق إخراج الوظيفة المفقودة من مجال وعيه ، وبذلك يصبح الاستمرار في مواجهة الموقف المجهد للنفس بلا داع ، بما أن الشخص قد أصبح الآن مريضا ويمكنه الهروب من الموقف بأكمله ، وهذا الإبعاد للوظيفة يسمى بالتفارق النفسي ( Dissociation ) أو بالمكسب الثانوي ( Secondary Gain ) .

#### التشخيص

بما أن الهستيريا قد تشبه كثيرا من الأمراض الأخرى ، فتشخيصها التفريقي لا نهاية له ويجب بناء التشخيص على أسس إيجابية وليس عن طريق الاستبعاد (أي على أسس سلبية) . فليس من المستحب المضي في إجراء فحوص معملية رغبة في تفسير شكاوى المريض ، فإذا لم نجد أي مظهر للمرض العضوي رجعنا إلى تشخيص الهستيريا كوسيلة مناسبة لإسكات تساؤلاتنا التشخيصية .



ويجب أن تكون لدينا أسباب كافية لتشخيص الهستيريا ، أي أن نراجع تاريخ المريض والموقف الذي يعيشه ، وأن نتأكد من أن الاضطراب الهستيري هو النتيجة التي لا مفر منها لكل ما مر بالمريض من أحداث وظروف حياتية ، وغالباً ما يمكننا تبين المكسب الثانوي الذي يجنيه المريض من أعراض المرض .

والهستيريا تشخيص يلجأ إليه بسهولة من لا خبرة له معتمداً على بعض النتائج السلبية فحسب .

## العلاج

### 1- اضطراب الشخصية الهستيري

قد نقابل مثل هؤلاء المرضى في المستشفى بعد محاولات الانتحار أو الخلافات الزوجية أو أي إجهاد نفسي حاد يتجاوز مستوى احتمالهم ، وهنا تكون إقامتهم في المستشفى قصيرة برغم أنها مثيرة للانتباه ، وتكون الاضطرابات الانفعالية بارزة ولكنها لا تبقى لمدة طويلة إلا نادراً .

وتستخدم العقاقير المطمئنة لتهدئة المريض في مرحلة الأزمات الحادة ، والهدف من ذلك هو تقصير مدة بقاء المريض في المستشفى وإخراج المريض من أزمته بسرعة وبعد هذا يتكون العلاج إما من :

- أ - علاج نفسي تدعيمي بسيط .
- ب - علاج جماعي أو تحليلي عملي ( Transactional Analysis ) بهدف مساعدة المريض على اكتساب بصيرة بحالته والوصول به إلى مستوى أعلى من النضج النفسي .

### 2- العُصاب الهستيري ( الهستيريا التحويلية )

من المهم أن يعالج المريض علاجاً نشطاً ، أي أنه يجب القيام بكل ما يمكن لمساعدة المريض على الاقتناع بأنه سوف يستعيد كل وظائفه التي فقدتها ، وفي نفس الوقت يجب أن نتجنب التركيز على أعراض المريض تركيزاً زائداً ، إذ أن ذلك يرسخ الأعراض في ذهن المريض .

ويمكن القيام بذلك بسهولة معقولة ، مادام الاطباء وهيئة التمريض يعاملون المريض كفريق متكامل ، يعلم كل فرد فيه الدور الموكل به ، فالاختلاف في



الرأي والتردد يغذيان الاتجاه الهستيري ، فإذا ما أحس المريض بهذا الاختلاف في الرأي أخذ في مسائلة الأشخاص المختلفين ليحصل على إجابات مختلفة وهنا تشتد أعراضه وتكثر .

### التنفيس ( Abreaction )

استخدم " فرويد Freud " هذا المصطلح لوصف التخفف من الخبرة المشحونة بالانفعال ، التي يقال أنها تسبب الانهيار الهستيري ، ولهذه الطريقة مكانها في علاج الهستيريا ، ولكنها أكثر نجاحا في الحالات الحادة ، أي أنها يجب أن تتبع فور حدوث التجربة النفسية المسببة للمرض ويمكن مساعدة حدوث هذا التنفيس بإحداث حالة من تغير الوعي - ويتم ذلك عادة بحقن عقار أميتال الصوديوم في الوريد بجرعة تبلغ 250-500 مجم .

ويستفيد المريض من الناحية النظرية بمجرد التعبير عن مشاعره المكبوتة التي تتعلق بالموقف المسبب للصدمة النفسية .

ويعتبر التنويم المغناطيسي ( Hypnosis ) نوعا من التنفيس وفيه يسترخي المريض نفسيا ويكون مهيا لعملية التنفيس . أما أضرار التنويم المغناطيسي أو التفريغ النفسي تحت المخدر فهي أن المريض لا يتحمل فيها مسؤولية شخصية ، وبذلك فهما يؤديان نوعا ما إلى الاعتماد على المعالج - وقد يروق ذلك مع الأسف لبعض المعالجين - وقد يتحسن المريض إلا أنه لا يتعلم شيئا عن كيفية التعامل مع مواقف شبيهة في المستقبل وقد يعود مرة أخرى للعلاج بتلك " العصا السحرية " التي سبق له العلاج بها .

### العلاج النفسي ( Psychotherapy )

البدائل لما سبق ذكره من طرق العلاج هي :

- 1- العلاج التدميمي .
- 2- العلاج التوضيحي الذي يهدف إلى مساعدة المريض على فهم طبيعة المرض وعلاقة هذا المرض بمواقف الحياة ، ويتطلب هذا العلاج الدخول في علاج تحليلي ممتد الأجل ، كما أن العلاج التحليلي العملي قد يفيد في هذا المجال .

## الاضطرابات الوسواسية (Obsessional Disorders)

الوسوسة والسلوك القهري متشابهان إلا أنهما غير متطابقين ووجه الشبه بينهما يتمثل في حقيقة أن كليهما يمارس ضد مشاعر داخلية مقاومة لهما ، والوساوس من مكونات الوعي ، فهي أفكار يعرفها المريض ويقر بوجودها إلا أنه يحاول التخلص منها ، وهي تظهر أحيانا في شكل أفعال أو منطوقات أو طقوس فتصبح متكررة وهنا تسمى بالسلوك القهري. أما من الناحية العملية ، فتسمى هذه الاضطرابات بشكل عام " بظاهرة الوسواس القهري " Obsessive Compulsive Phenomenon".

### الأسباب

#### النشأة السوية

لقد مررنا جميعا بتجربة ترديد نغمة معينة ترديداً مستمراً في ذهننا ، أو قد نمارس بعض الطقوس أثناء الطفولة مثل السير على الأحجار المحددة للرصيف مع تجنب الحدود الفاصلة بينهما ، وتعتبر هذه التجربة جزءاً من الحياة السوية ومرحلة من مراحل النضج النفسي ، وهي في نفس الوقت تشبه الوسواس القهري ، وغالباً ما يستخدم الأطفال هذه الطقوس بطريقة سحرية لحماية أنفسهم من أضرار متوهمة ، وقد افترض البعض أن هذه الطقوس تستخدم بطريقة مشابهة في حالة الأمراض الوسواسية .

#### نمط الشخصية

يُعرف عن بعض الناس أنهم مدققون ومتحذلقون منذ سني عمرهم المبكرة وبشكل مبالغ فيه . ويبدو على هؤلاء التمسك بالنظام والترتيب والأناقة ، فنجد أن حديثهم محدد ودقيق شديد التمسك بالحرفيات النظرية ، في حين تكون نظرتهم إلى الحياة بالغة الالتزام بالأخلاقيات والتزمت الخلقي ويغلب عليها التردد والتذبذب والمراق ، وترددهم هذا يجعلهم تابعين ممتازين ولكنهم لا يستطيعون أن يكونوا قادة أقوياء ، كما ينقصهم الخيال والقدرة الإبداعية وإذا ما مرحوا كان مرحهم من النوع البارد المتعال . وهذه السمات تكون الشخصية الوسوسة ، وإذا أصيب أحدهم بالاكْتئاب مثلاً ، نجد هذا الاكْتئاب مصحوباً بسمات شخصيتهم بحيث تأخذ



شكواهم شكل الأعراض المتوهمة التي لا تنتهي والتي توصف في دقة وحرفية بحيث قد تخفي المزاج الاكتئابي الذي لا يظهر إلا بعد أن تستمر المقابلة مع الطبيب لفترة طويلة .

## علاقة عصاب الوسوسة بتلف الدماغ

1- لأعراض الوسوسة علاقة بتغيرات الشخصية التي تظهر بعد التهاب الدماغ السبّاتي ( Encephalitis Lethargica ) .

2- كثيراً ما تظهر على المصابين بتلف المخ علامات التأنق الوسواسي والتمسك المرضي بالنظام ، ويمكن ملاحظة ذلك في شكل محاولة المعوقين فرض نوع من النظام على الجو المحيط بهم والذي يتجاوز قدراتهم على التكيف .

## مظاهر المرض

تميل الأعراض الوسواسية إلى التركيز على نواحي النشاط اليومي مثل تناول الطعام أو ارتداء الملابس أو الاستحمام أو التبرز ، بحيث يشكو المريض من أنه قد أصبح عاجزاً عن تناول الطعام - إذ أنه يقضي الساعات الطويلة في إزالة الأجزاء الصلبة من طعامه ، بينما تشكو مريضة أخرى من أنها لا تنتهي أبداً من عمل البيت - إذ أنها تضطر إلى إعادة التنظيف مرة بعد أخرى ، ولا يستطيع المريض الذهاب إلى عمله لما يقوم به من طقوس معطلة تدور حول التبرز الصباحي .

وكثيراً ما يأتي المريض إلى طبيبه طالباً للعلاج بسبب تجاوز الأعراض لحدود قدرته على التحكم فيها ، وتكون هذه الأعراض موجودة لبعض الوقت إلا أنها قد ازدادت مؤخراً وأصبحت مصدراً للمتاعب .

كما يحدث تغير وجداني من نوع الاكتئاب ، وهذا الترابط بين الوسوسة والاكتئاب ظاهرة شائعة ، وتشهد قسوة الوسواس عند حدوث الاكتئاب والعكس بالعكس وبذلك يقع المريض في حلقة مفرغة .

ويكثر حدوث القلق والتوتر مع عصاب الوسوسة ويميل المريض بالوسواس إلى لوم ذاته بشكل مبالغ فيه ، وهو يصف أعراضه بألفاظ فيها الكثير من لوم الذات ، ويبدو أنه لا يعتبر هذا اللوم من ضمن مظاهر المرض برغم أن الأصدقاء والزلاء يستطيعون أن يتبينوا ، وبكل سهولة ، أن زميلهم لم يعد سليم النفس .



## التشخيص التفريقي

يصعب تفريق الوسواس من الاكتئاب المصحوب بالوسواس ، إذ أن الاكتئاب كثيراً ما يصاحب الوسوسة ، إلا أن تاريخ تطور المرض يساعد على تبين الفرق بينهما .

وقد يكون المريض مصاباً بالفصام ولكن شكواه تأخذ شكل الوسواس أو قد تظهر معالم وسواسية كإحدى مضاعفات الفصام ، ومن هذا نواجه مشكلة تشخيصية شائعة إلا أن الأفكار الوسواسية تكون عادة غريبة وشاذة .

## العلاج

### العلاج النفسي

يهدف العلاج بالتحليل النفسي في حالات الوسوسة إلى اكتشاف المعنى الرمزي لهذه المظاهر ، إذ أن مفهوم التحليل النفسي عن الوسوسة هو أنها تنتج عن نشاط مفرط للأنا الأعلى ( Superego ) الذي يدافع عن " الأنا Ego " ضد القلق الغلاب باستخدام طقوس سحرية ، ولا تستجيب الوسواس استجابة جيدة للعلاج النفسي بخاصة ، فاهتمامات المريض الزائدة والمدققة والغنية بالتفاصيل تؤدي به إلى أن يصبح سجيناً في العملية العلاجية بالتحليل النفسي وبذلك تتوقف تلك العملية .

إلا أن العلاج التدعيمي يمكن أن يساعد المريض على التنفيس عن مشاعره نحو ما يضطر إليه من طقوس كما يمدّه بنوع من إزاحة القلق والتوتر .

أما إيقاف الأفكار فيحدث بنجاح أكثر عن طريق " الكف المتبادل " ( Reciprocal Inhibition ) ومن طرقها السهلة أن نطلب من المريض وضع حلقة من المطاط حول رسغه ، فإذا ما بدأت سلسلة من أفكار الوسوسة ، فعليه أن يشد هذه الحلقة إلى أن يحس بالألم حول رسغه ، وقد يعد هذا نوعاً من التعذيب المازوخي ( Masochistic ) أو من الوسائل البدائية إلا أنها ناجحة جداً وغير مكلفة في الحالات الهينة .

## العلاج الجسدي

- 1- العقاقير : قد يساعد الكلوميبرامين ( 50 - 200 مجم يوميا ) في علاج عصاب الوسواس ، وقد تستجيب بعض الحالات النادرة للعقاقير المثبطة لمؤكسدات الأمينات الأحادية وهي من العقاقير المبهجة .
- 2- الصدمات الكهربائية : وتفيد عند وجود الاكتئاب .
- 3- العلاج الجراحي : ويستخدم في الحالات المزمنة الشديدة من عصاب الوسواس القهري المصحوبة بالتوتر الدائم والبؤس الشديد .

## مآل المرض وتاريخه الطبيعي

لمرض الوسواس القهري مراحل من التفاقم والتحسن بحيث أن النظرة طويلة المدى لهذا المرض ليست مظلمة كما نخشى أحيانا ، إلا أن المرض قد يصبح معوقا للمريض ، ومن المفيد أن نرجع إلى المحكات الاجتماعية عند تحديد درجة التعويق ، فمثلاً نجد من الواجب أن نحاول الكشف عن مدى الوقت اليومي الذي يمضيه المريض في ممارسة طقوسه اليومية وهل يمنعه ذلك عن العمل أو يؤخره عن موعد بدء العمل ، أما إذا صاحب الوسوسة قدر من الاكتئاب فإن ذلك يحسن من مآل المرض .

## المراق

إن الانشغال بأعراض جسمية متوهمة هو خبرة مستديمة ومتعبة قد تسبب الكثير من التعاسة ، كما أن البحوث الطبية التي تستمر طويلا والتي لا لزوم لها وما يسببه ذلك من نفاذ صبر متزايد لدى الطبيب الذي يواجه مطالب مريضه المشاكس كل ذلك يجعل من المراق موقفا طبيا صعبا .

وقد صنف المراق ضمن أنواع العصاب على سبيل التجاوز ، فمعظم المصابين بالمراق يعانون من "العصاب" إلا أننا في نفس الوقت يجب أن نقر بأن المراق نوع من الضلالات وتصنيف المراق أمر جدلي، وهو بشكل عام يضع بصمته على كل من :

- 1- الاكتئاب العصابي .
- 2- القلق .
- 3- عصاب الوسواس القهري .
- 4- الهستيريا .



كما يحدث المراق بشكل مختلط في مرض الفصام ، وهناك بقايا من المصابين بالمراق لا يمكن إلحاقهم تحت التصنيف السابق وهم يقضون حياتهم في انشغال دائم على صحتهم ، وكثيرا ما نجد في تاريخهم المرضي علا هينة في أثناء الطفولة عولجت علجا مبالغا فيه وقد تكون هذه الأمراض ناتجة عن التطبيب نفسه (Iatrogenic) ، ويشمل علاج المراقين ما يلي :

- 1- علاج مركز للقلق والاكتئاب .
  - 2- التوقف عن إجراء الفحوص الطبية غير اللازمة .
  - 3- علاج تدعيمي فردي يقوم به طبيبهم الخاص وليس الطبيب النفسي ، فإحالة المريض من طبيب إلى آخر يؤدي إلى تفاقم الحالة .
- وأخيراً فعلينا كأطباء أن نتبين أن المراق سهل الترعزع في عصر يتبنى مفهوم العلاج بالعقاقير .

## المراجع :

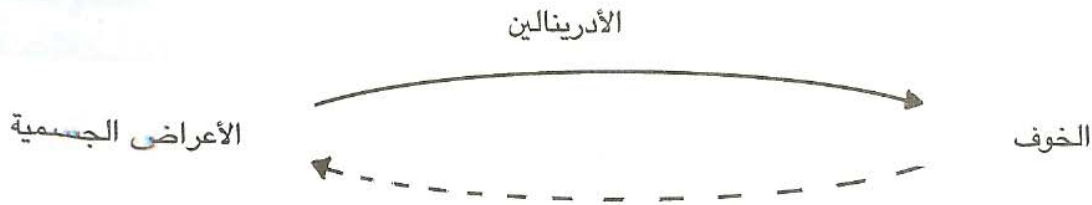
- Rees, L. & Eysenck, H.J. (1945) A factorial study of some morphological and psychological aspects of human constitution. *Journal of Mental Science*, 91, 8-21.
- Schneider. K. (1958) *Psychopathic Personalities*. Cassell, London.
- Slater, E. (1943) The neurotic constitution. *Journal of Neurology and Psychiatry*, 6, 1-16.

## قراءات مستقبلية :

- Beech, H. R. (1974) *Obsessional States*. Methuen, London.
- Berne, E. (1984) *Games People Play*. Penguin, London.
- Eysenck, H. J. (1947) *Dimenstons of Personality*. Kegan Paul, London.
- Freud, S. (1936) *The Problem of Anxiety*, Norton, New York.
- Gaupp, R. (1974) The case of the schoolmaster Wagner. In Hirsch, S. R. & Shepherd, M. (Eds) *Themes and Variatons in European Psychiatry*. John Wright, Bristol.
- Guze, S. B. (1975) The validity of hysteria. *American Journal of Psychiatry*, 132, 138-41.
- Kretschmer, E. (1974) The sensitive delusion reference. In Hirsch, S. R. & Shepherd, M. (Eds) *Themes and Variatons in European Psychiatry*. John Wright, Bristol.
- Lewis, (1975) The survival of hysteria. *Psychological Medicine (London)*, 5, 9-12.
- Rees, L. (1950) Body size, personality and neurosis. *Journal of Mental Science*, 96, 168.
- Rotter, J. B. (1966) Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *University of Connecticut Psychological Monographs*, 80 (1), 1-28.
- Sargant, W. (1957) *Battle for the Mind*. Heinemann, London.
- Satir, V. (1987) *Peoplemaking*. Souvenir Press, London.



تأويلك الذاتي	الآثار الجسمية	تغيرات الدورة الدموية
ما تخافه :	ما تلاحظه أنت :	بعيدا عن :
الشرقة ( الغصة ) choking الشرقة ( الغصة ) قرحة المعدة سرطان الأمعاء العنة ( Impotence )	قلة اللعاب وجفاف الفم حرقة الجوف - "لقمة في الزور" حموضة المعدة - خض المعدة إسهال - القرقرة انتصاب الشعر - إحمرار الجلد - كثرة العرق فقد الاستثارة الجنسية	الفم المرئ المعدة الأمعاء الجلد الأعضاء التناسلية
الاتجاه إلى :	سيبان الساقين الخفقان الشهقة - الاختناق الدوخة - عدم الاتزان	عضلات الساق القلب الرئتين الرأس
الاغماء نوبة قلبية الاختناق ورم المخ أو الإصابة بالجنون		



### الدائرة المفرغة الخبيثة من الخوف والأعراض الجسمية

إذا لم نفهم الآثار الجسمية على أنها نتيجة سوية لحالة الخوف ، فقد نحسب أن هذه الأعراض مخيفة في حد ذاتها ، وقد تحسب خفقان القلب الناتج عن سرعة النبض إنما هو نوبة قلبية آخذة في الظهور ، وبذلك تصبح تلك الآثار الجسمية السوية مصدر خوف في حد ذاتها ، وهنا يفرز جسمك مزيداً من الأدرينالين لأنك أصبحت أكثر خوفاً ، وهنا تزداد الآثار الجسمية شدة ، وبذلك تصبح أكثر خوفاً فيفرز جسمك كمية أخرى من الأدرينالين ، أي أن دائرة مفرغة خبيثة تتكون فإذا اشتدت وطأتها أطلقنا عليها "نوبة الفزع" (أنظر الشكل المرفق).

ولعلاج ذلك ستطلب منك الممرضة أن تستثير مخاوفك لتمر بالأعراض الجسمية وهذا يتطلب منك أن تعكف على هذه الأعراض لتتعلم عن طريق التجربة الفعلية ، أنه ليس هناك شيء مخيف في طريقه إلى الحدوث - أي أنك لن تصاب بما يؤدي إلى الفزع ، وذلك لتعلم أنه لن يصيبك شيء مفرع إلا أنك تشعر بذلك من الناحية الانفعالية . ولكي تعلم انفعالاتك هذه الحقيقة فليس أمامك إلا ممارسة هذه التجربة ممارسة فعلية ، وهذا هو السبب في أن الممرضة سوف تطلب منك استئثار نوبة فزع ، وقد يبدو ذلك غريباً للوهلة الأولى ، إذ أنها تطلب منك استئثار نفس الشيء الذي تحاول أن تتجنبه إلا أن هذه الطريقة ذات جدوى وتحتاج إلى بذل الجهد لمدة ستة أسابيع إلى ثمانية حتى تقهر مخاوفك

## ملحق

### ازالة الحساسية بالقصد المفاوق

#### Desensitization by Paradoxical Intention

إن عصاب الرهاب ( Phobic neurosis ) والذي يحمل رقم (300.2) في التصنيف العالمي للأمراض النفسية ، هو الاسم العلمي للحالة التي يرى طبيبك أنك تعاني منها ، وأهم مظاهره هي نوبات من الفزع التي هي في حقيقتها نوبات من القلق الشديد ، ويكمن سببها في الآثار الجسمية الطبيعية لهرمون الأدرينالين الذي يفرزه جسمك ، فكلما أصابك الخوف أو أصاب أي فرد آخر فهناك كمية من الأدرينالين تفرز في مجرى الدم ، والآخر المباشر لذلك هو تهيئة الجسم للهروب من مصدر الخوف ونستطيع القول بأن ذلك التفاعل هو بقايا متطورة بقيت معنا منذ تلك الأيام التي كنا نهرب فيها من النمر التي كانت تطاردنا في الغابات ... إلخ .

ويدفع هرمون الأدرينالين الدم إلى أجزاء الجسم التي تنشط عندما نجري هرباً وتسحب الدم من أجزاء الجسم التي لا نستخدمها في الجري ، وكل هذا من مظاهر التطور وهو يحدث ذاتياً إذ أنك لا تملك التحكم فيها ، فبمجرد إصابتك بالخوف يفرز جسمك هرمون الأدرينالين ويعاد توجيه الدم إلى العضلات المستعدة للجري بعيداً عن الخطر ويسحب الدم من الفم والمعدة والأمعاء والأعضاء التناسلية ومن الجلد ، ويوجهه إلى عضلات الساق والقلب والرئتين والرأس ، كما ترى في الجدول التالي :

## إدمان الكحول والمخدرات

### مقدمة

يعد إدمان الكحول مشكلة اجتماعية خطيرة في بريطانيا ، فهناك 2٪ من مجموع السكان على الأقل يسببون مشكلة بسبب هذا الإدمان ، وتكاليف هذا الإدمان باهظة ، ففي عام 1987 بلغ الفاقد المالي في الإنتاج الصناعي بسبب تناول الكحوليات حوالي 11.000 مليون جنيه استرليني ، وبلغت التكاليف الصحية والخدمات الاجتماعية حوالي 1.700 مليون جنيه استرليني .

والتعرف على المشاكل المتعلقة بالكحول أصبح الآن من المشكلات من المشكلات الطبية والاجتماعية التي يجب أن يحيط بها الأطباء علما ، وخصوصا فئة الممارسين العاميين ، إذ يمر الكثيرون من مدمني الكحول أصحاب المشكلات على عديد من الأطباء دون أن يتبين وجودهم أحد .

### التعريف

مصطلح "إدمان الكحول" لم يكن من السهل تعريفه أبدا ، وقد استبدل به الآن اصطلاح "الاعتماد على الكحول" أو تعاطي الكحول المسبب للمشاكل ، ولو أن هيئة الصحة العالمية أبقت على كلمة "الكحولية Alcoholism" لتغطي بها كلا من الاعتماد على الكحول و "تعاطي الكحول" المسبب للمشاكل . وتعاطي "الكحول المسبب للمشاكل" هو استهلاك الكحول بدرجة تؤدي إلى مشاكل جسمية أو نفسية أو اجتماعية أو كل ذلك جميعا .

ولا يمكن أن يعترف مدمنو الكحول بإدمانهم هذا ، ولكنهم يتقبلون اصطلاح "تعاطي الكحول المسبب للمشاكل" وعلى هذا فقد احتفظ بمصطلح "الكحولية" . أما تعاطي الكحول فيمكن تبينه بسهولة إذ أنه ذو علاقة بالكمية التي يتناولها المعاصر للخمر ، وقد تم توضيح ذلك في الأعوام الأخيرة ، وقد تم تحديد المستوى الخطر



للتعاطي بنصف باينت (Pint) ويساوي ربع جالون من البيرة أو كوبا من النبيذ أو كأساً صغيرة من المشروبات الكحولية الأخرى ، وكلما زادت الكمية المستهلكة كلما ظهرت على الشخص علامات الامتناع جسميا ونفسيا إذا ما كف عن تعاطي الخمر. والاعتماد الجسمي على الكحول هو لزمة تعتمد على حجم الجرعة التي يتعاطاها الشخص وتظهر فيها أعراض الامتناع خلال اثنتي عشرة ساعة من وقت تناول آخر جرعة ، وفيها يتصبب الشخص عرقا وتنتابه رعشة مع اضطراب في دقات القلب وتهوع (Retching) وقيء ، وقد تنتابه نوبات صرعية ، ويتعلم المدمن كيف يتخلص من هذه الأعراض بالعودة إلى تعاطي الكحول .

## مدى الانتشار

من الصعب تقدير مدى انتشار المشاكل المتعلقة بتعاطي الخمر ولكن من المؤكد أن شخصا من بين كل عشرين من المواطنين البريطانيين يعاني من هذه المشاكل ولهذا السبب فاكشاف هذه العملية التخريبية مبكراً هو أمر هام إذ أنها تدمر الصحة والعلاقات الشخصية والحياة المهنية وطموح الإنسان - وهناك تقدير متحفظ يقدر عدد متعاطي الخمر في المملكة المتحدة برقم المليونين ، وهناك 25٪ من المرضى المقيمين بالمستشفيات العامة يعانون من أمراض لها علاقة بالخمر .

## الأسباب

أهم العوامل المتعلقة حقيقة بهذه المشكلة هي الجرعة التي يتعاطاها الشخص فكلما زادت زاد قدر الدمار الذي يحدث ، وهناك عامل آخر مهم وهو وجود تاريخ عائلي لتعاطي الخمر ، فمن المعتاد أن يكون أباء مدمني الخمر هم أنفسهم من المدمنين ، كما أن هناك نسبة ضئيلة من مدمني الخمر قد تقل عن 10٪ تسمى "مدمني الخمر العرضيين" أي الذين يتناولون الخمر كنوع من العلاج الذاتي للتخفيف من مشاعر القلق أو الاكتئاب أو كليهما ، برغم أن هاتين الحالتين تزدادان سوءا بتناول الخمر ، ويجب التأكيد على أن مرضى إدمان الكحول يكونون مجموعة غير متجانسة من أفراد دمرهم هذا السم . وإذا رجعنا إلى الأنماط النفسية لشخصية مدمني الكحول فإننا نجدها مضللة ولا تساعدنا في شيء ، وليس معنى هذا أن الناس لا يلجأون إلى الخمر للتخفيف من القلق العصابي أو للهروب من مشاكل الحياة ، ففي الكثير من الحالات يحدث هذا فعلا ، إلا أن العوامل الاجتماعية لها صلة مهمة بإدمان الخمر .

فاستخدام الخمر كعامل يساعد على تكوين العلاقات الاجتماعية بين رجال الأعمال ، وتحمل المجتمع لحالات السكر والإغراق في تعاطي الخمر تمثل كلها عوامل تشجيع للناس على عدم التحكم في عادة شرب الخمر ، وهناك عدة مهن تعتبر مصادر قوية لخطر إدمان الكحول ، مثل ساقى الخمر والبجارة التجاريين ، وأفراد القوات المسلحة ، وصناعة الملاهي والأطباء بوجه خاص .

## المظاهر الاكلينيكية

### مقدمة

هناك نمط معين لتاريخ تعاطي الخمر المسبب للمشاكل يساعدنا على الأقل في الوصول إلى تشخيص ، وتدل الظواهر التالية على تجاوز الحد الآمن لشرب الخمر ، بحيث يخرج الأمر بعد ذلك عن قدرة الشخص على التحكم في نفسه ، وتلك الظواهر هي :

- 1- الشرب بجرعات كبيرة دفعة واحدة .
- 2- تناول كمية من الخمر أكبر من المعتاد قبل حضور الحفلات .
- 3- تناول الخمر أثناء العودة إلى المنزل .
- 4- تناول الخمر أثناء النهار .
- 5- الكذب عند سؤال الشخص عن حجم الكمية التي تناولها .
- 6- تجنب المناقشة في موضوع تعاطي الخمر .
- 7- إخفاء زجاجات الكحول في ملابس المدمن .
- 8- أخذ كمية من الكحول معه إلى مكان العمل .
- 9- تناول كمية من الخمر عند القيام من النوم بغية التنشيط .
- 10- حدوث فجوات في الذاكرة .

ويمر مدمن الخمر الآخذ في تكوين العادة خلال مرحلة من التعود على تعاطي كميات كبيرة إلى أن يصل إلى مرحلة تعاطي الخمر بدون انقطاع .

والصورة الكاملة لإدمان الخمر يمكن تبينها بسهولة عندما يصاب الوجه بالاحمرار ويزداد الوزن وتلتهب الشعب الرئوية ، وينتقل المريض من مرحلة



الانشرآح عند تناول الخمر إلى حالات من البكاء أو الغضب بعد وقت قصير من تناول الخمر .

ومما يساعد على اكتشاف الإدمان إجراء بعض الفحوص العملية لتبين زيادة حجم كرات الدم الحمراء وارتفاع معدل إنزيم " الترانسفيراز " لمادة الجاما جلوتامين وتساعدنا تلك النتائج على التوصل بسرعة إلى اكتشاف الحالات .

وتشمل المضاعفات المزمنة لإدمان الخمر المزمن ما يلي :

- 1- الغثيان .
- 2- التهاب المعدة .
- 3- الإسهال .
- 4- تليف الكبد وفشل الكبد واعتلال الدماغ الكبدي .
- 5- البواسير .
- 6- التهاب البنكرياس .
- 7- التدرن الرئوي .
- 8- التهاب الأعصاب الطرفية واعتلالاتها والشلل السفلي .
- 9- فقر الدم مع كبر حجم الكريات الحمر .
- 10- نوبات صرعية تبدأ في العمر المتقدم .
- 11- متلازمة الوليد الكحولية ( أي تلف الوليد بسبب تناول الأم للكحول ) .

## المظاهر النفسية

تحدث الأعراض الآتية بالإضافة إلى التغيرات النفسية السابق ذكرها :

### 1- حالة الهلوسة الكحولية ( Alcoholic hallucinosis )

تتميز هذه الحالة بحدوث هلوسة سمعية تستمر لمدة طويلة وتتبعها ضلالات العظمة ، وهناك اختلاف في الآراء فيما إذا كانت هذه المتلازمة وحدة إكلينيكية قائمة بذاتها أو أنها مجرد حدوث تغير فصامي عند شخص يدمن الكحول ، وعند حدوث هذه المتلازمة في شكلها النموذجي تبدأ تدريجيا وتحسن إذا امتنع المريض عن تناول الكحول .



## 2- الهذيان الارتعاشي ( Delirium tremens )

تشمل هذه الحالة - كما يدل اسمها - على فقد الاستقرار الحركي مع تشوش في الوعي مصحوب بالرعشة ، وتبدأ هذه الحال بعد الانقطاع عن تناول الخمر ، وقد تحدث بعد أربع وعشرين ساعة ، فتنتاب المريض حالة من الخوف والتوجس ، مع أخطاء في التعرف على مكونات الوسط المحيط به ، مع فقد التوجه في المكان والزمان ، كما قد تحدث نوبات صرعية ، أما الصورة الإكلينيكية الواضحة فتشمل تهيجاً وهلوسة بصرية وسمعية ، وأخطاء في التعرف على ما حوله من أشياء مع لمسة من العظمة المرضية وحالة من الفزع ، ويكون المريض في هذه الحالة غير مستقر في مكانه وتنتابه حمى .

ويشمل العلاج التمرير في حجرة جيدة الإضاءة ، مع كميات كبيرة من السوائل ، وتشبيع الجسم بالفيتامينات ، مع استخدام العقاقير المطمئنة من فصيلة الفينوثيازين ، وهذا العلاج يعود بالمريض إلى الاتصال السوي مع الواقع في خلال ما يقل عن 36 ساعة ، والترياق المضاد هو مادة الكلورميثازول أو ( الهيمونيافرين ) .

## 3- متلازمة " كورساكوف "

تشمل هذه المتلازمة فقداً جسيماً في الذاكرة الحديثة ( أي بالنسبة للأحداث القريبة ) مع ميل إلى حدوث فجوات في الذاكرة تملأ بالفريات ( أي الذكريات الزائفة ) عند سؤال المريض عما فعله طوال يومه ، وقد وصفت هذه المتلازمة أول الأمر في حالات إدمان الخمر ، ولكنها تحدث أيضاً في حالات أخرى مثل تصلب الشرايين .

## 4- الخرف الكحولي ( Alcoholic dementia )

ليس هناك ما يميز هذا النوع من الخرف عن الأنواع الأخرى فيما عدا السبب وفي هذه الحالة نجد الخرف يبدأ عادة ببطء شديد .

## 5- المضاعفات النفسية الاجتماعية ( Psychosocial )

- انفصام العلاقات الزوجية .
- فقد العمل .
- انحدار عام في العلاقات الشخصية .
- حوادث السيارات .

- الخروج على القانون .

- سلوك عدواني تهجمي .

وتؤدي كل هذه النقاط إلى حدوث كوارث شخصية وكثيراً ما تنتهي بالانتحار .

## العلاج والوقاية

إن أول خطوة في العلاج هي التوقف عن تعاطي الخمر ، ولا يمكننا تحقيق ذلك إلا في المستشفى . ويعتمد العلاج الناجح لإدمان الخمر على هذه الخطوة المبدئية ثم التوبة عن تناول الخمر فيما بعد . وليس سحب الكحول بالأمر الصعب ، وهو يحتاج إلى درجة من التعاون الذي يعكس مقاصد المريض في التخلص من هذه العادة ، والمريض بطبيعة الحال - ليس مجبراً على ذلك .

وليس هناك ما يدعو إلى إطالة معاناة المريض بإعطائه كميات متناقصة من الكحول بل الأفضل أن يتوقف مرة واحدة ، وأن يُعدَّ لعلاج أية مضاعفات إذا ما ظهرت ، مثل نوبات الهذيان الارتعاشي ، كما يجب الابتعاد عن استخدام المهدئات مثل مركبات الفينوباربيتون في مرحلة منع الخمر ، ومعظم الأطباء يفضل استخدام عقار الكلورميثازول للإنقاص من حدة عدم الاستقرار بالإضافة إلى تشجيع الجسم بالفيتامينات وإعطاء المريض كميات كبيرة من السوائل مع غذاء جيد .

وعقار الكلورميثازول هو عقار مهدئ ومضاد للصرع ويعتبره الكثيرون عقاراً مثالياً . ويمكن إعطاؤه حقناً في الوريد وهو ما يحدث عند وجود مرض آخر شديد ، إلا أن العقار نفسه قد يسبب نوعاً من الاعتماد عليه (Dependency) ، ولهذا يفضل البعض استخدام عقار " الديازبام " في جرعة مقدارها 5 مجم كل 4 ساعات مع إنقاص الجرعة تدريجياً خلال ستة أيام .

وبانتهاء فترة سحب الخمر تواجهنا مشكلة تشجيع المريض على الامتناع التام طيلة عمره ، وهناك طرق عدة للوصول إلى هذا الهدف ليس منها ما هو كاف بذاته .

## الطريقة الأولى

استخدام العقاقير ، مثل عقار الديسلفيرام (الأنتابيوز) الذي يوفر مناعة كيميائية ضد الخمر ، بحيث إذا تناول المريض خمرًا ينتابه تفاعل متعب إذ يشعر بالتسمم مع حدوث نوبات من الإحساس بالسخونة ، وقد ينهار المريض جسدياً ، ويعتمد نجاح هذه الطريقة على مدى تعاون المريض ، وهي مؤسسة على مبدأ التجنب الشرطي ( Conditional Avoidance ) .



والطرق الأساسية الأخرى لمساعدة المرضى هل العلاج النفسي والاجتماعي .  
والعلاج النفسي الفردي لا يأتي إلا بنفع قليل ، ولكن الخبرة الحالية تدل على أن  
العلاج الجماعي في وحدات متخصصة يأتي بالنتيجة المرجوة ، فهو يساعد المريض  
على استشراف ما قد يقابله من المصاعب في المستقبل كما يمكنه من الوصول إلى  
حل المشكلات التي سببها تعاطي الخمر وتلك التي سببها التوقف عن الخمر ،  
وأخيراً وليس آخراً فهذا العلاج يحدد له المشكلات التي تدفعه إلى تعاطي الخمر ،  
ويمثل ذلك قول أحد المرضى الذين عولجوا بهذه الطريقة ، " من الطبيعي أن  
تطالبني بالتوقف عن تعاطي الخمر ولكن ما هو البديل الذي ستوفره لي ؟ " .  
وتلعب " نوادي التائبين " ( Alcoholics Anonymous ) دوراً عظيماً في  
العلاج ، ومن الواجب أن توفر هذه الخدمة لكل من يحتاجها ، وهذه النوادي هي  
منظمات ينضم إليها مدمنو الخمر ، وهي متخصصة في مساعدة المرضى بعضهم  
البعض على الامتناع عن الخمر ، ولهذا الأمر ميزته الكبرى في أن هذه النوادي  
مؤسسة على المنطق العام ذي الطابع الشبيه بالديني .

أما " إدمان الخمر العرضي " فيعالج بعلاج السبب الأصلي ، كالاكتئاب مثلاً .

## تعديل السلوك الإدماني

قد تبيناً الآن أن الامتناع التام عن تعاطي الخمر مستحيل بالنسبة لغالبية  
المرضى فإذا أخذنا هذا في الاعتبار ، وجدنا أن الخبرة الحديثة تفضل إعادة  
تدريب المرضى على العودة إلى درجة معقولة من تناول الخمر وهذا بالطبع لا يمكن  
تطبيقه على المرضى الذين يصيبهم تلف بالجسم ، فهؤلاء يجب أن نصل بهم إلى  
درجة الامتناع الكلي ، وبغض النظر عن النمط النهائي للامتناع عن الخمر ،  
فالواجب الأساسي هو أن يمتنع المدمن عن الخمر تماماً لمدة لا تقل عن ستة أشهر .

## المآل

لا يمكن تحديد مآل الإدمان ، ولكن هناك ملاحظات عامة يمكن إبدائها ، فكلما  
كانت شخصية المدمن أكثر استقراراً كلما كان مآل حالته أحسن ، وكذلك عندما  
تكون فترة التعود على الخمر قصيرة فالمنتظر هو الوصول إلى نتيجة أفضل ، أما  
مزاولة المهن المغرية بإدمان الخمر فتزيد من سوء المآل .

وقد يبدو أن بعض المرضى يشفون تلقائياً بعد عدة سنوات وأن هدف التدخل  
العلاجي هو الحفاظ على الصحة العامة في انتظار هذا الشفاء التلقائي وكثيراً ما



يقدم العلاج بتقثير أو في أدنى صورة لأن القائمين على العلاج يحسبون أنهم يضيعون وقتهم في علاج مرض مزمن ومعاود بطبيعته وإن لم يكن كذلك فالعلاج يجب أن نثابر عليه لمدة طويلة مضمينة .

## إدمان المخدرات

لايزال هذا الإدمان يسترعي الانتباه طبياً واجتماعياً ، وقد بدأ ذلك في المملكة المتحدة في أوائل الستينات عندما اكتشفنا أن نسبة متزايدة من الناس يحققون أنفسهم بمادة الأفيون ومشتقاته خصوصاً الهيروين ، وكما كان متوقعا فقد أدى فحص هذه الظاهرة إلى تبين أن مشاكل إدمان المخدرات بين الشباب كانت أكثر انتشارا مما كان متصورا ، ومن الواجب أن ندرس هذه المشكلة كلها على خلفية من الاستهلاك المنتشر للعقاقير المستخدمة في علاج الأمراض العقلية عموما وبين أفراد الجمهور العريض كله على أن يتم ذلك تحت الإشراف الطبي .

ويمكن دراسة العقاقير الأكثر انتشارا والمؤدية إلى الإدمان تحت ثلاثة عناوين:

- 1- المنبهات .
- 2- المهدئات .
- 3- عقاقير الهلوسة .

## العقاقير المهدئة أساسا

ولها مجموعتان : الأولى المهدئات المسكنة للآلام - أي مشتقات الأفيون والعقاقير الشبيهة بالأفيون وأكثرها تقبلاً لدى المرضى هي الهيروين والمورفين وهذه العقاقير تعطى عادة حنقا في الوريد ، وتتميز الصورة المستكملة لادمانها بحدوث اعتماد جسدي وانفعالي عليها ، ويظهر الاعتماد الجسدي في شكل أعراض ، منع العقار ، والنوع الانفعالي يظهر عند حدوث قدر كبير من ارتباط المريض باستخدام العقار ، وغالباً ما يتغير أسلوب حياة المريض ، بحيث تصبح حياته مرتبطة بتناول العقار وقد ينتهي ذلك بإهماله لصلاته الاجتماعية عندما ينفق المدمن معظم وقته وماله في الحصول على العقار نفسه برغم أننا قد نجد آثار الحقن على الذراعين والساقين .

وتتكون متلازمة الامتناع عن الأفيون من عدم الاستقرار وسرعة التهيج وآلام بالبطن مع الغثيان والتهاب الأنف والإسهال .

ويجب سحب الهيروين تدريجياً ، والمعتاد هو أن تستثمر مدة السحب هذه في تحسين صحة المريض جسدياً باستخدام الفيتامينات وكثرة تناول السوائل والطعام الجيد وينقص الهيروين تدريجياً ويستبدل به عقار الميثادون بالفم ، وهذا العقار الأخير له أثر طويل المدى وله قيمة كبرى في علاج أعراض الامتناع عن الهيروين وتخليص الجسم من سموم العقاقير هو مجرد مرحلة أولى من العلاج ويجب أن يتبع ذلك أصعب مراحل العلاج وهو تشجيع المريض على الامتناع التام ، يستخدم لذلك عقار النالتريكسون (50 مجم) وهو عقار مضاد للأفيون ويمكن استخدامه بنفس الطريقة المستخدمة مع عقار الدايسلفيرام في حالة الإقلاع عن تناول الخمر .

ويمكن إيقاف حالة البهجة أو التعافي المصاحبة لتناول الأفيونات باستخدام عقار النالتريكسون ، وهذا يساعد على استمرار الامتناع عن تناول العقار .

ويعتمد تشجيع المريض على الامتناع العام على مبدئين ، أولهما الحصول على مصدر بديل للرضاء النفسي بدلاً من استخدام العقار ، ويمكن تحقيق ذلك بوسائل اجتماعية حيث يحاول الطبيب أن يوفر للمريض طريقة حياة مختلفة تماماً ، ومن الأمثلة الملحوظة النجاح في هذا المجال " بيوت العنقاء " \* Phoenix Houses حيث يلزم المرضى أنفسهم بعيشة بعيدة عن تناول العقار مع مناقشة مشاكلهم في جلسات من التفاعل الجماعي النشط ورغم أن الرجوع إلى تناول العقار مرتفع في حالات إدمان الأفيون ، إلا أنه ليس من الحكمة أن نأخذ موقفا مغرقا في التشاؤم في هذه الحالات ، إذ أنه من الممكن تحسين الحالة الصحية والعقلية لمرضى الإدمان بوسائل شتى .

والمدخل الثاني لعلاج إدمان الأفيونيات هو محاولة استبدال عقار آخر بالهيروين وخبرتنا الحالية تفضل استخدام عقار الميثادون في هذه الحالات ، كما يمكن استخدام الهيروين نفسه في شكل نقي وتحت إشراف طبي ، كخطوة أولى لإبعاد المريض عن المهانة الناتجة عن تناول العقار بطريقة غير قانونية .

\* العنقاء : طائر خرافي كان يعتقد قدماء المصريين أنه يعمر من خمسة إلى ستة قرون ثم يحرق نفسه ليخرج من الرماد في أبهى صورة له ، والمقصود هنا أنها بيوت لاستعادة الحيوية بعد العلاج من الإدمان ( المراجع ) .



## العقاقير المهدئة والمنومة ( Hypno-Sedatives )

وتشمل هذه مركبات الباربيتورات وعدداً كبيراً من المهدئات من غير تلك المركبات مثل عقار " الميثاكوالون Methaqualone " .

وتستخدم مركبات الباربيتورات غالباً دون حكمة ، مما يسبب تسمماً مزمناً وتعود على العقار الذي قد تبلغ نسبته أكثر كثيراً مما نتوقع ، وفي حالة التسمم المزمن نجد الكلام مدعماً مع وجود رأفة في العينين ، ورنح مع درجات مختلفة من اختلاط الذهن ، أما الامتناع عن الباربيتورات فكيراً ما يسبب نوبات صرعية ، ولذا يجب إيقاف هذه العقاقير تدريجياً مع استخدام عقار " البنتوباريتون " في جرعات مقسمة مع إنقاص 100 مجم يومياً من الجرعة .

وتجب ملاحظة أن عقاقير البنزوديازبين - وخصوصاً عقار الديازيبام قد يؤدي استخدامها إلى الاعتماد المزمن عليها ، إذا أخذت في جرعات أكبر من الجرعات العلاجية المعتادة ، وقد تحدث " أعراض امتناع " ( Withdrawal Symptoms ) بعد إيقافها وتشمل نوبات صرعية أو نوبات من الفزع .

## العقاقير المنبهة ( Stimulant drugs )

أكثر هذه العقاقير استخداماً هي مشتقات الأمفيتامين ، بما في ذلك عقار الدكسيدرلين والدريناميل والبوليدين ، وهذه العقاقير يستخدمها أشخاص أسوياء أو ذوو شخصيات معتلة ، طلباً لآثارها المنبهة ، فهي تُحدث إحساساً قصير الأجل بالعافية ، يتبعه نوع من الكآبة ، مما قد يدفع الشخص إلى تناول جرعات أكبر من العقار قد تصل إلى جرامين يومياً .

وأكثر الأعراض انتشاراً عند تناول العقاقير المبهجة هي عدم الاستقرار وسرعة التهيج مع نوبات من انفجار الغضب ، إلا أن أخطر الأعراض هو " زهان الأمفيتامين " الذي وصفه " كونل " Connel عام 1958 وهو متلازمة تشمل عدم الاستقرار والانشراح مع ضلالات العظمة والهلوسة ، أي أنه زهان يشبه الفصام ، وهذه المتلازمة تحدث عند إيقاف العقار .

ويصبح علاج " الاعتماد على الأمفيتامين " أكثر صعوبة نظراً لانتشاره بين الأشخاص السيکوباتيين ، وكذلك بسبب وصف الأطباء له في تذاكرهم الطبية دون التزام الحكمة ويجب أن نؤكد أن استخداماته الطبية لا تتعدى الثلاثة وهي مرض



السبخ ( أو النوم الانتيابي ) وعند مرضى الصرع الذين يعانون من حالة خمول مفرط ، وفي علاج الأطفال مفرطي الحركة ( Hyperkinetic Children ) .

وقد أصبح الكوكايين ( Cocaine ) في السنين الأخيرة واسع الانتشار كعقار منبه ، ويؤخذ استنشاقاً من الأنف ، ويحدث نوعاً من الإحساس بالعافية والقوة بجانب أنه منشط ومنبه ، وهذا يفسر انتشاره جماهيرياً ، واستخدامه بانتظام في جرعات كبيرة يحدث ذهاناً قابلاً للشفاء ، يتميز بهلوسة لمسية ، والأعراض الجانبية لتناول الكوكايين بالغة الخطورة وتشمل حدوث إصابات نخرية في الرئتين أو الأنف بسبب تضيق الأوعية الدموية .

### عقاقير الهلوسة ( Hallucinogenic drugs )

أصبحت هذه العقاقير واسعة الانتشار في السنوات الأخيرة ، ومنذ أوائل الستينات ، وأكثرها شيوعاً هو عقار الليسيرجك داي إيثلاميد ( L.S.D ) وهو برغم أنه لا يحدث اعتماداً جسيماً ، إلا أنه بالتأكيد يسبب حالة من الاعتماد النفسي ، حيث يبالغ الشخص في تقدير آثاره المفترضة على الحالة العقلية فإذا تناوله شخص تعيس أو قلق أحدث عنده ردود فعل مختلفة ، وهذه التغيرات تشمل بشكل عام ثلاثة أنواع :

- 1- حالات التهيج الذهاني الحاد .
- 2- حالات الاكتئاب .
- 3- حالات الفزع والرعب تتبعها عادة أعراض ضياع الذات ( Depersonalization ) التي قد تستمر لمدة طويلة ( فقد التشخص ) .

ولحسن الحظ فنحن نجد معظم هذه الآثار الضارة تختفي من ذات نفسها ، برغم أن الوضع الأمثل هو أن يوفر لهؤلاء المرضى إشرافاً نفسياً وندخلهم المستشفى عند اللزوم ، وعقاقير الهلوسة الأخرى التي يمكن أن نقابلها تشمل ما يأتي :

- 1- الفينوسيكليدين ( Phenocyclidine ) : وهو أخذ في الانتشار كأحد عقاقير "الشارع" .

- 2- السيلوسيبين Psilocybin : في شكل عش الغراب السحري ( Magic Mushrooms ) أو "لبوسات الحرية" التي تنتشر بسرعة بطول انجلترا وعرضها . ويغلى بين عشرة إلى ثلاثين كبسولة ليصنع منها مشروب مثل

الشاي . وأثر هذا العقار شبيهه بأثر حمض الليسيرجك ( L.S.D ) ولكنه أخف وطأة ، وهو مسؤول عن الحالات التي تكثر كل خريف في أقسام الطواريء من الشباب المصابين بالذعر وفقد التوجه . ويحدث الشفاء تلقائيا دون اللجوء إلى علاج الأعراض بالمهدئات .

3- الحشيش الهندي : من نوع القنب وخاصة القنب الهندي (Cannabis Indica) ويوجد أساسا في شكل الجذع العشبي ( وهو المارجوانا ) أو المستخلص الراتنجي للزهور (وهو الحشيش ) ويحدث زيادة في أعراض الأشخاص القابلين للتأثر به مثل مرضى الفصام ، وينجح علاج الأعراض في التخلص من هذه التغيرات .

## الأسباب

يعطينا علم النبات مثالا مثيرا لأسباب الإدمان سواء للكحول أو غيره من المواد المؤدية للإدمان ، فيمكننا اعتبارا العقار " بذرة " لكل منها خواصها المختلفة ، كما يمكننا اعتبار المدمن " تربة " تنبت فيها البذور ، وبذلك يمكن أن يكون استعداد الأشخاص مختلفا من شخص إلى آخر بالنسبة للإدمان .

ويمكننا هنا أيضا أن نعتبر أن المجتمع هو الوسط الإنمائي الذي يلعب دور المناخ ورغمنا عن أهمية البذور والتربة إلا أن أثر المناخ بالغ الأهمية وهو غلاب أيضا، فالفرق بين غابات الأمازون والصحراء الكبرى يبين بوضوح هذا الأثر .

وشرب الخمر نادر في شبه الجزيرة العربية وهو شائع في اسكتلندا إلا أنه مما يدعو للعجب أن الحظر في المجتمعات العلمانية المتحررة مثل انجلترا تصحبه زيادة الطلب على الخمر واستهلاكه ، ويزداد استخدام الهيروين في أمريكا كل سنة منذ عام 1923 ، عندما فرض الحظر القانوني على العقار ، وفي غيبة القيود مثل ما كان سائدا في لندن على أيام " هوجارن " ، ازداد معدل التعاطي أيضا ، وعلى هذا فكل من الحظر والإباحة المتحررة يؤديان إلى إزدياد الاستهلاك المسبب للمشاكل . أما التحكم الوسط فهو الوسيلة الوحيدة للتحكم في استخدام العقار .

وقد أمكن التوصل إلى الفهم الأصوب للتأثير الدوائي ( الفارماكولوجي ) لإدمان العقار عن طريق التعرف على مستقبلات العقار في الجهاز العصبي ، وخصوصا اكتشاف المركبات خماسية البيبتيدات - الإنكيفالين - ذات الأثر الشبيهه بأثر الأفيون مما أدى إلى طرح فرض يقول أن إدمان الأفيونيات المزمّن سوف يؤدي



إلى منع تكوين هذه الانكيفيات الطبيعية خماسية البيبتيدات ، وعلى هذا الأساس يمكن تفسير أعراض التوقف عن تناول العقار .

ويندر أن يدمن الناس المخدرات بالصدفة ، مثل ما يحدث أحيانا عند استخدامها كمسكنات طبية ، فالاستخدام الطبي المركز المؤدي إلى الإدمان لازل غير شائع ، ويجب تذكر أن العقاقير المؤدية إلى الإدمان هي العقاقير التي " تغير العقل " ، أي أنها تغير المشاعر والإدراك والتفكير والسلوك ، ولذلك فالشخص المحتمل أن يستخدم العقار سيكون قد سبق له أن سمع بالآثار المفترضة ويرغب في تجربتها ، وهذا يعني أن الإدمان قد يعقب تكرار المرور بتجارب سارة يحدثها العقار أو قد يزيل العقار بعض الأعراض التي يضيق بها المريض مثل القلق العصابي في بعض الحالات ، وبهذا يصبح العقار وسيلة للعلاج الذاتي الذي يلجأ إليه المريض من ذات نفسه .

وهناك مصطلحان مضللان هما مصطلحا "العقار القوي" و "العقار الخفيف" ولكن الطريقة المفيدة للتمييز هي التي تفرق بين العقار الذي يحقن به المريض نفسه وبين العقار الذي يبتلعه ، فالنوع الأول هو أكثر احتمالا لأن يسبب حالات قاسية من الاعتماد على العقار أو إدمانه بسرعة ، وتعاطي هذه العقاقير يصحبه إسقام أو وفاة بسبب استخدام محقن غير معقم .

والمجتمع الآن مشغول أساسا باستخدام العقاقير بغرض اللذة التي يطلبها الشباب ولكن هؤلاء المرضى برغم أنهم يسببون مشكلة اجتماعية ملحة ، إلا أنهم يجب ألا يكونوا سبباً في تحويل الانتباه بعيداً عن المشاكل الأكثر شيوعاً وهي الإدمان الخفي للعقاقير المهدئة والنومة والمطمئنة .

ومن الطرق المفيدة في التعامل مع إدمان المخدرات تبين السلوك المرضي الذي تتضمنه مشكلة الإدمان والمسمى " بسلوك تعاطي العقاقير " ويقصد به نمط من الحياة وليس فقط مجرد الاعتماد على العقار ، فالملاحظ حالياً هو أن إدمان الشباب للعقاقير المخدرة هو أكثر ظهوراً في مستويات المجتمع الأدنى وما يصاحب ذلك من اتجاهات نفسية ونظرة إلى العالم تتماشى مع تلك الحياة ، ومن الشائع الآن أيضاً إدمان عدة عقاقير في وقت واحد .

وإدمان العقاقير برغم أنه ذو علاقة بنزوات مثل حب الاستطلاع أو البحث عن خبرة جديدة إلا أنه في حالاته الشديدة قد يكون ثمرة لاضطراب في الشخصية طويل الأمد وكثيراً ما يكون لهذا الاضطراب أبعاد سيكوباتية ، ولكن هذا النوع لا



يفسر كل الحالات فالبعض قد يستخدم العقار ليخفف من قلقه أو اكتئابه. أو يستخدمه كحاجز بينه وبين العالم غير المقبول منهم وبالنسبة للمنحرفين صغار السن فقد يصبح العقار مصدراً سهلاً للإشباع النفسي المحرم قانوناً .

وتظهر العقاقير وتختفي ، فقد اختفى الكوكايين منذ ثلاثين عاماً تقريباً ، ثم عاد للانتشار في عهدنا الحاضر وخصوصاً في الولايات المتحدة الأمريكية .

ويمكن القول بمثل ذلك بخصوص استنشاق المذيبات الطيارة في بعض أجزاء بريطانيا ، ومما يجدر ذكره أنه عبر التاريخ لم يوجد مجتمع واحد ليس له عقاره المؤثر نفسياً والاعتراف بهذا وتبين هذا الضعف البشري قد يدفعنا إلى اعتبار أي نوع هين من تناول العقاقير جديراً بالحد من استخدامه في المستقبل وعلى سبيل المثال فالمشاعر القوية حيال إدمان الأفيون وعدم المبالاة بالنسبة للأضرار واسعة الانتشار التي يسببها الكحول يمثلان الحدود القصوى لهذا الاتجاه .

## المراجع

Connell, P. (1958) *Amphetamine Psychosis*. Chapman & Hall, London and Maudsley Monograph No. 5, Oxford University Press, London.

## قراءات اضافية

- Ashton, H. (1974) Benzodiazepine withdrawal. *British Medical Journal*, **288**, 1135-40.  
Berridge, V. (1987) *Opium and the People*. Yale University Press, New Haven.  
Dorn, N. & South, N. (1987) *A Land fit for Heroin?* Macmillan, London.  
Edwards, G. (Ed.) (1987) *Drug Scenes*. Royal College of Psychiatrists, London.  
Glatt, M. M. (1983) *Alcohol, our Favourite Drug*. Royal College of Psychiatrists, London.  
Kessel, W. & Walton, H. (1979) *Alcoholism*. Penguin, London.  
Maier, H. W. (1987) *Cocainism*. Addiction Research Foundation, Toronto.  
Stewart, T. (1987) *The Heroin Users*. Pandora, London.  
Zinberg, N. E. (1984) *Drugs Set and Setting*. Yale University Press, New Haven.

\*\*\*\*\*

## الفصل السابع

### الاضطرابات الجنسية النفسية

#### مقدمة

لم يشير أحد إلى الاضطرابات الجنسية النفسية في منهاج الطب لدرجة البكالوريوس إلا في السنوات القليلة الماضية ، وقد كانت هذه الحقيقة بمثابة فجوة في برامج تدريب الأطباء إذ أن ذلك يجعل فهمهم للمشاكل الجنسية الشائعة محدوداً وقاصراً ، وبالتالي يعجزون عن إعطاء النصيحة أو المساعدة في كثير من الحالات التي يقابلونها ، والمحتمل أن هذا الوضع كان مستنداً إلى بقايا اتجاهات الخجل والحياء التي سادت في الماضي عندما كانت مناقشة الأمور الجنسية على أي مستوى من الأمور المحرمة اجتماعياً ، وبالطبع فقد كان هناك بعض الأطباء الذين اهتموا بمشكلة المرضى الذين يشكون من الاضطرابات الجنسية النفسية وكانوا قادرين على التصدي لها إلا أنهم كانوا قلة نسبياً ، كما أن الكتابة حول هذا الموضوع كانت نادرة أيضاً .

وقبل كل هذا وبعده ، لم يكن هناك من الخبرة التجريبية في هذا المجال إلا النذر اليسير مما قد يساند الأقوال الكثيرة المتداولة عن المواضيع الجنسية التي كانت تبني أساساً على نظريات لم تتعرض للاختبار التجريبي ، والتي كانت في أساسها أفكاراً تأملية ، إلا أنه في السنوات الأخيرة بداية من عمل " كينسي " Kinsey في المجتمع الأمريكي ومن الخبرة التجريبية الأحدث التي قام بها " ماسترز وجونسون " في علاج الاضطرابات الجنسية النفسية الشائعة ، أصبحت هذه الأمور أخيراً موضوعات تدرس في مناهج كلية الطب . ويمكن أن نزيد على تلك الحقيقة قولنا أن احتياجات الجمهور للمساعدة الطبية في حل مشاكلهم الجنسية أصبحت أكثر إلحاحاً بطبيعة الأمر ، إذ أصبح الجمهور أكثر وعياً بفضل وسائل الإعلام بأن البحث العلمي والعلاج الإيجابي لهذه المشكلات قد أصبحا متاحين في أنحاء كثيرة من العالم ، وخصوصاً في الولايات المتحدة الأمريكية ، وكثيراً ما يقاسي مرضى الاضطرابات الجنسية النفسية من البؤس ومن التعاسة ، فإذا كانت المساعدة الفنية غير متاحة لهم ، فقد يؤدي ذلك إلى انهيار الحياة الجنسية ، وإلى الاكتئاب وتعاطي الخمر وإدمان المخدرات ومحاولة الانتحار .



ومن الواضح أن مواجهة هذه الاضطرابات النفسية الجنسية ليست مقصورة على الأطباء فحسب ، فالحقيقة أن المداخل المعاصرة لهذه المشاكل تشمل عدة تخصصات منها الطبيب - والطبيب النفسي ، الإخصائي النفسي ، والإخصائي الاجتماعي ، وكل منهم يساهم إسهاما له دلالتة ، إلا أن الطبيب يكون في الأغلب أول شخص يستشير المريض ، وهناك مجموعة معروفة من الاضطرابات الجنسية النفسية الشائعة التي يجب أن يحيط الطبيب ببعض المعلومات عنها .

### وأكثر المشاكل الجنسية النفسية انتشارا هي :

- 1- فقد الانتصاب أي العنة عند الرجل .
- 2- القذف السريع .
- 3- عدم الشعور بالإشباع الجنسي ( الأيغاف Orgasm ) عند النساء وهذا المصطلح يفضل عن مصطلح البرود الجنسي ( Figidity ) وهو اصطلاح تعس يجب إسقاطه من القاموس الطبي .

### فقد الانتصاب ( Erectile Failure )

يعتمد هذا الفقد ببساطة على القلق المتعلق بالقدرة الجنسية ويمكن أن يحدث بطرق مختلفة ، والمحتمل أن يكون الجهل بالحقائق الجنسية هو أكثر هذه الطرق انتشارا إلى جانب انعدام الخبرة ، أو المخاوف طويلة المدى المتعلقة بالقدرة الجنسية والتي قد ترجع إلى مرحلة بدء البلوغ . وهناك سبب آخر شائع وهو الفشل في الانتصاب عند أول محاولة للجماع .

وفقد الانتصاب هذا قد يقنع الرجل بأنه غير قادر على الانتصاب أبدا ، ويعزز هذا الاتجاه تكرار ذلك الفشل بحيث يقتنع المريض بأن هذا الاضطراب لا شفاء منه البتة ، وتتركز حوالي 90% من حالات فقد الانتصاب حول القلق ، ولكن هناك أسباب جسمية واضحة ، بما في ذلك الأمراض العصبية مثل اعتلال الأعصاب السكري ، وإصابات الحبل الشوكي ، كما قد نجده عند المرضى المصابين بضعف الصحة العام ، مثل حالات أمراض القلب المزمنة ، أما فقد الانتصاب بسبب اضطرابات الغدد الصم فهو نادر الحدوث إلا أنه يجب أن يبقى في أذهاننا ، ويجب أن نذكر أن هناك كثيرا من العقاقير التي تسهم في فقد الانتصاب بما في ذلك العقاقير المهدئة والمنومة والمطمئنة إذا ما أخذت بانتظام ، ولعل أكثر هذه المواد انتشارا هي الخمور إذا بولغ في تعاطيها ، كما أن الأدوية المبهجة ثلاثية الحلقات



قد تحدث الارتخاء كعرض جانبي ، كما أن المرضى الذين يتناولون العقاقير المخفضة لضغط الدم قد يصابون بالارتخاء وكذلك من يدخلون بإفراط .

## العلاج

يجب أخذ تاريخ مرضي كامل ومفصل لمراحل نمو المريض جنسيا ، ومدى الخبرة الجنسية التي مر بها ، واتجاهاته النفسية نحو الأمور الجنسية وهذا كله مطلوب مسبقا قبل وضع خطة العلاج .

ومعظم الرجال الأسوياء يشعرون بانتصاب تلقائي في الصباح الباكر ويرجع هذا في الأغلب إلى التنبيهات التي يثيرها امتلاء المثانة .

وإذا كانت العنة ناتجة عن اضطرابات نفسية عميقة مثل القلق ، فإننا نجد أن هذا الانتصاب الصباحي لا يتأثر ، ولكن كل أنواع الانتصاب تختفي إذا كان هناك تلف في أنسجة الجسم مثل اعتلالات الأعصاب الطرفية .

وإذا استبعدنا الأسباب الجسمية والدوائية ، بقي معنا القلق في أغلب حالات العنة ، والمريض العنيد (Impotent) لا يستطيع علاج نفسه بنفسه ، ومن الضروري أن تتعاون شريكته الجنسية في العلاج ، ويجب المضي في حذر شديد عند تناول كل تفاصيل المراحل التي مرت بها العنة عند المريض ، فإذا تعرفنا على أبعاد المشكلة ، فالتوجيه المعتاد هو نصح الطرفين بالامتناع عن الجماع مؤقتا ، وقيمة ذلك تكمن في أن هذا الامتناع المؤقت يساعد الطرفين كليهما على أن يمرا بفترة هدوء تسمح بتضاؤل الرفض والمشاعر السيئة التي تسود عادة مثل تلك الحالات ، ومن المهم أن توضح للطرفين كليهما أن هذه الحالة قابلة للشفاء وعلى الطبيب أن يتبع اتجاهها إيجابيا مدعما ومشجعا للطرفين .

ولا يسمح المجال هنا بوصف وسائل العلاج المختلفة المستخدمة في مثل هذه الحالات ، ولكن يمكن تلخيص الأسس المبني عليها تلك الوسائل المختلفة بقولنا أن أول خطوة أساسية في العلاج هي توضيح التاريخ المرضي من وجهة نظر كل من الطرفين بكل ما يمكن من التفاصيل الكاملة ثم النصح بفترة من الامتناع لعدة أسابيع ثم البدء في العلاج .

والأسس العامة للعلاج المتبعة حالياً تشمل " إعادة تعليم " المريض ، بحيث يقدم على العملية الجنسية بلا قلق مع نصح الطرف الثاني بتجنب الرفض أو إظهار الاستياء إذا لم يحدث الانتصاب دون الإيلاج الكامل فالفكرة إذن هي إعادة التأهيل

للوظيفة الجنسية المفقودة بطريقة لا تؤدي إلى الضغط النفسي ، وبذلك يعود انتصاب الزوج إلى حالته السوية عندما تعود إليه ثقته في نفسه وهنا يأتي الجماع الجنسي بالإشباع المطلوب .

ويصعب التنبؤ بمآل الحالات المختلفة ، ولكن الآراء اتفقت الآن على أن الرجل الذي فقد انتصابه لفترة تزيد على سنتين فإن نسبة نجاحه في استعادة قدرته على الانتصاب تنخفض إلى درجة شديدة ، أما إذا كانت تلك الفترة تقل عن سنتين فقد تبلغ نسبة النجاح 80٪ .

## القذف المبكر ( Premature ejaculation )

وهو أمر شائع جداً ، ويسبب أيضاً تعاسة ومرارة بالنسبة للزوجة ، ولكنه أحسن أنواع الاضطرابات الجنسية النفسية تجاوباً مع العلاج بشرط أن تتعاون الزوجة في العلاج . وأهم مكونات العلاج المعاصر هو نصح الرجل بالضغط على رأس القضيب بشدة قبل القذف مباشرة وهنا يتم منع القذف ، وإذا تبعنا ذلك بفترة راحة ، تمكن الزوج من معاودة المعاشرة الجنسية ويتأخر القذف ، وعلى هذا فمسألة العلاج هي مجرد ممارسة .

## فشل الأنثى في الحصول على الإشباع الجنسي

قد يكون هذا الفشل من أتعس أنواع الاضطرابات الجنسية ، وقد افترض منذ سنوات طويلة أن الإشباع الجنسي عند المرأة ينشأ عن تنبيه المهبل بواسطة القضيب المنتصب ، ووجدت الكثيرات أنهن متصفات بالبرود الجنسي لأن هذا الإشباع لا يحدث ، والحقيقة أنهن يشعرن بأنهن قد غرر بهن وخاب أملهن بل ويشعرن بأنهن ناقصات الأنوثة لأنهن لم يتمتعن بتلك الخبرة التي تصفها الكثيرات .

إلا أن الدلائل التجريبية بينت أن الإشباع الجنسي عند الأنثى يأتي أساساً من تنبيه البظر (Clitoris) ، وأن الإشباع الجنسي المهلي نادر الحدوث نسبياً .

ومرة أخرى نجد أن التعاون بين الطرفين لازم وأن النصح بتنبيه البظر باليد أو بطريقة ميكانيكية ، قد تحيل المرأة التي طالما اهتمت بالبرود الجنسي إلى زوجة تمارس الجماع الجنسي بطريقة ترضيها وتتمتع بعلاقة جنسية كانت محرومة منها لمدة طويلة .



## الانحرافات الجنسية ( Sexual deviations )

في مجال الانحرافات الجنسية تواجهنا صعوبة التعريف ، ففي الماضي كانت الجنسية المثلية ( Homosexuality ) عند الرجل والمرأة معتبرة من الأمراض الجنسية ، ولكن الرأي الحديث يخطيء هذا الفهم ويعتبر الجنسية المثلية مجرد انحراف ، ولهذا فمحاولة تغيير الاتجاه الجنسي لشخص ما من الجنسية المثلية إلى الجنسية الغيرية ( Heterosexuality ) لا تمارس حالياً إلا نادراً ، وعند طلب المريض ذلك . وفي نفس الوقت يجب أن نذكر أن الشواذ جنسياً من الجنسين هم ضحايا قدر كبير من الاضطهاد من المجتمع الذي يعتبر حياتهم الجنسية لا أخلاقية، ومثيرة للتقزز ، وهذا الموقف يؤدي إلى قدر كبير من الشقاء خصوصاً بالنسبة لصغار السن من الذكور الذين يعانون من اكتئاب شديد وقد يحاولون الانتحار ، ولذلك فالشخص الشاذ جنسياً قد يكون أكثر تعرضاً للاضطرابات الانفعالية والشعور بالذنب ... إلخ ممن هم أسوياء من ناحية الاتجاه الجنسي ، وهم محتاجون للتعاطف معهم والنصح الواضح حتى نساعدتهم على الحياة مع ذواتهم دون صراع نفسي .

وقد خف الآن سخط الرأي العام لدرجة ما ، ولهذا السبب فالممارسات الجنسية الشاذة بين الرجال المقربين بهذه الممارسة لا تقع الآن تحت طائلة القانون في المملكة المتحدة إلا أنه لا يزال هناك قدر كبير من التعاسة والإحساس بالتعرض للمهانة بين الشواذ جنسياً .

ومن المهم تبين الفرق بين الاتجاه الجنسي الشاذ (Homosexual orientation) - أي الشخص الذي يفضل العلاقات الجنسية المثلية تفضيلاً كاملاً ، وبين السلوك الجنسي الشاذ ( Homosexual behaviour ) ، ونعني بذلك المجتمعات الجنسية المثلية التي تحدث تحت ظروف خاصة جداً ، أو بمعنى آخر ، تحدث في المجتمعات وحيدة الجنس حيث لا تتاح أية علاقات جنسية غيرية .

وهناك نقطة أخرى تحتاج إلى التعاطف وهي المشكلة التي يقابلها المراهق الصغير عندما يشك في هويته الجنسية ، وهل هو شاذ جنسياً أم من الأسوياء ، والعلاج النفسي المتعقل يساعد هؤلاء عادة على حل مشكلتهم .

والذكور الشواذ جنسياً إما أن يكون شذوذهم أولياً ( أي عبر جنسي Trans Sexual ) أو أن يكون شذوذاً ثانوياً ( Fetishistic ) .



## الفتشية ( Fetishism )

تعتبر الفتشية انحرافاً جنسياً ، ونعني بهذا المصطلح الحالة التي يصبح فيه الشخص غير قادر على ممارسة الإشباع الجنسي إلا إذا تم تنبيهه ببعض الأشياء المثيرة غير الحية وتتراوح هذه الأشياء بين الأحذية أو معاطف المطر السوداء المطاطية أو غير ذلك من الملابس غير المألوفة ، ويسود الطابع الذكري هذا المجال أي أنهم يكتسبون بسهولة ارتباطاً شرطياً بين هذه الأشياء والنشاط الجنسي .

فالفتشية بالنسبة للمطاط قد تكون متعلقة بأن أول تجربة جنسية عند كثير من الرجال تشمل استخدام واق ذكري ( Condom ) مصنوع من المطاط ، والأولاد الأسوياء جنسياً قد يمارسون أول عملية جنسية لهم مع رجل شاذ كبير السن فيصبحون - نتيجة لهذا الانطباع - شاذين بطريقة ثانوية أو بطريقة اختيارية (Facultative) .

## السادية والماسوشية ( Sadism and Masochism )

وهي أنواع من المبالغات المرضية للعلاقة الجنسية ، وتعتبر بشكل عام من الخطورة بمكان وقد تحدث انحرافات جنسية خطيرة إذ قد تشمل التمتع بالألم (الماسوشية) أو التمتع بإحداث الألم عند رفيق العلاقة الجنسية ( السادية ) كمتطلبات مبدئية للوصول إلى الإشباع الجنسي ، ومن الحكمة أن توجه هؤلاء المرضى إلى طبيب نفسي .

## تبادل الزي ( Transvestism )

وهذا يعني فقط وجود الدافع إلى ارتداء ملابس النساء ، إما كطريقة للحصول على الإشباع الجنسي أو قبل مباشرة الجماع السوي ، وليس ذلك ، كما يظن البعض ، نوعاً من المثلية الجنسية ، فالحقيقة أن الذكور مفرطي الإحساس الجنسي قد تثيرهم الملابس البديلة للأعضاء الجنسية للمرأة التي يوفرها ملامسة جسداهم للملابس الداخلية للمرأة ، ومن الصعب تقرير ما إذا كانت هذه الممارسات تحتاج إلى علاج ، ولعل المحك المهم لأخذ هذا القرار هو ما إذا كانت هذه الممارسات تسبب تعاسة للشخص نفسه أو لرفيقة ممارسته الجنسية .

## استبدال الجنس Trans-Sexualism

وهذا المصطلح يعني الرغبة في تغيير النوع وهذا مختلف تماماً عن استبدال الزني ، ونراه أساساً بين الرجال الذين يرغبون في أن يصبحوا إناثاً ، ويظن البعض أن هذه الرغبة تنشأ مبكراً أثناء الحياة الرحمية ، عندما يتعرض دماغ الجنين الذكر لمستويات غير مناسبة من مادة الأدرينالين التي تفرزها الأم ، أو إلى هرمونات الأم المختلفة ، وهؤلاء الناس لهم تكوين ذكري من الناحية التناسلية ( أي من ناحية التركيب الوراثي للخلايا ) إلا أنهم يسلكون مسلك الإناث من الناحية الاجتماعية ، بل قد يأخذ تفاعلهم للهرمونات نمطاً أنثوياً .

وقد يعبر الشخص منذ طفولته المبكرة عن شعوره بأنه امرأة مسجونة في جسم رجل وكذلك الجنسية المثلية الأولية عند المرأة التي ترغب في بناء قضيب ذكري من البلاستيك ولكن هذا أمر آخر نادر جداً .

والمصابون بهذا الميل للاستبدال الجنسي يصممون تماماً على هذا الرأي ، وقد تجرى لهم عمليات جراحية كبرى يبتر فيه القضيب واستحداث مهبل اصطناعي وأثداء وهكذا ... إلخ .

أما الطب النفسي فليست له إلا فرصة ضئيلة للنجاح في علاج تلك الحالات ومحاولة إقناعهم لتغيير اتجاهاتهم وقد ساعدت في ذلك عقاير الفينوثيازين ، أما الشخص المصاب بهذا الميل فقد يبلغ من تصميمه على تحقيق الهدف بأي شكل ممكن مستخدماً في ذلك التهديد بالانتحار لإقناع من يعينهم أمره .

وتوصي تجربتنا المحدودة بأنه في أغلب الأحيان تخفي الرغبة في استبدال الجنس مشاكل عميقة في تكوين الشخصية وقد تصل هذه المشاكل إلى أنواع خطيرة من اضطرابات الشخصية ويرى المؤلف أن الأساس الأخلاقي للتدخل الجراحي في هذه الحالات أمر مشكوك فيه .

## الاغتصاب Rape

أُجريت الكثير من الأبحاث حول رغبة الذكر السادية وميل الأنثى الماسوشيتي التي يدعي البعض أنهما أساسيات الشهوة الجنسية الحقيقة ، أما ما لاشك فيه ، فهو أن هذا الميل قد يصبح مفرطاً عند الرجل ويؤدي إلى التهجم على الجنس الآخر، وقد تكون أسباب ذلك هرمونية وتعالج بعقار سيبروتيرون ( Cyproterone )



أو نفسية مثل مركب النقص الذي يجعل الرجل عاجزاً عن الاقتراب من المرأة إلا بعد تراكم الرغبة الجنسية الذي يؤدي إلى تفجير السلوك الجنسي بشكل مرضي قد يصبح عدوانياً ( أي سادياً ) وعلاج هذه المشكلات صعب ومثير للخلافات ، ويتراوح بين المطالبة بالعقاب القانوني بالسجن أو الإخصاء وبين التردد على بيوت الدعارة بغرض العلاج ، أما العلاج المناسب فيعتمد على تحديد سبب هذا السلوك الذي يعتبر غالباً وأولاً تهجماً وتعذيباً على حرية الطرف الآخر ، فإذا اكتسب المريض بصيرته المبدئية بحق الطرف الآخر في حرية الاختيار واعترف بهذا الحق ، فإن العلاج الموجه إلى الاضطراب الهرموني أو اضطراب الشخصية يمكن أن يؤدي إلى نجاح باق لا يزول .

## قراءات مستقبلية

- Berne, E. (1986) *Sex in Human Loving*. Penguin, London.  
Kaplan, H. (1974) *Sex Therapy*. Ballière Tindall, London.  
Parker, T. (1970) *The Twisting Lane*. Panther, London.  
Sevely, J. L. (1987) *Eve's Secrets*. Bloomsbury, London.  
Storr, A. (1972) *Sexual Deviation*. Pelican, London.  
West, D. J. (1972) *Homosexuality*. Pelican, London.

\*\*\*\*\*



## الفصل الثامن

### الإعاقة العقلية

#### مقدمة

كثيراً ما يتم الخلط بين المرض العقلي والتخلف العقلي Mental handicap أو الإعاقة العقلية ، ويزداد الأمر سوءاً بتغيير المصطلحات تغييراً كثيراً ، ومن المهم أن نجتهد كي نستخدم المصطلح الحالي لأن المعوقين عقلياً وكذلك عائلاتهم ومن يقومون بخدمتهم كثيراً ما يعانون من حساسية مفرطة إزاء الأسماء التي تطبق على هذه المجموعة .

ونواحي النقص التي تكمن وراء الإعاقة العقلية هي صعوبة التعلم ، أي أن هناك نقصاً في الذكاء ، ويستخدم مصطلح الإعاقة العقلية فقط للدلالة على النقص الذي يترسخ خلال مراحل النمو فحسب ، أي قبل سن الانتهاء من الدراسة ، والعلامات المميزة للإعاقة العقلية هي نقص التكيف الاجتماعي بسبب نقص الذكاء ، وهذا يبدأ في أثناء النمو ، وعلى النقيض نجد أن المرض العقلي يتميز بالخصائص التالية :

- 1- أنه مكتسب في شكل تغير في المستوى الوظيفي .
- 2- أنه يشمل نقصاً في الوظيفة النفسية وليس بالضرورة في مجال الذكاء .
- 3- أنه يظهر في شكل نمط محدد يمكن تمييزه لانطباقه على متلازمة ما من متلازمات المرض العقلي المعروفة .

ونقص الذكاء الذي يبدأ بعد سن الدراسة هو مرض عقلي ( أي عته ) وليس نقصاً عقلياً ، وأي مرض يبدأ قبل سن انتهاء الدراسة ويؤدي إلى نقص عقلي عام ، بما في ذلك المرض العقلي ، قد يكون سبباً في حدوث الإعاقة .

## إعاقة من ؟

بما أن الإعاقة العقلية تعتمد على تعريف ذي منشأ اجتماعي ، فمن المهم تبين أن مستوى النقص يرتبط بمدى واسع من التكيف الاجتماعي ، فبعض من يعانون من نقص بسيط في قدراتهم التعليمية ، قد يحصلون على وظيفة وقد يتزوجون ويربون أولادهم ولا يحتاجون إلى خدمة طبية متخصصة أبداً ، أو قد يحتاجون إلى مساعدة يومية وخدمات منزلية يومية ، ويعتمد الفرق على الوسط الاجتماعي وتأثيره على التعلم ونمو الشخصية ويبين شكل "6" شخصاً في نطاق الأسرة على اتصال بخدمات متخصصة وخدمات عامة وكل ذلك في نطاق المجتمع .

ومصادر الإعاقة بالنسبة للفرد والمجتمع هي :

### بالنسبة للفرد :

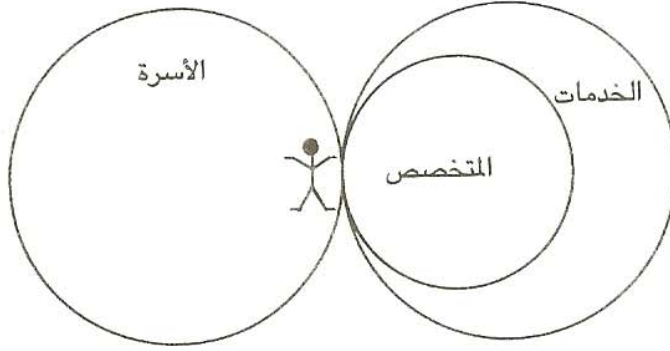
- 1- إعاقة أولية : وتشمل نقصاً في تعلم المهارات المطلوبة للعيش في المستقبل وفي مهارات الاتصال والمهارات الاجتماعية واستراتيجيات التكيف إزاء مصادر الإجهاد النفسي ( بما في ذلك المرض ) .
- 2- إعاقة ثانوية : وتشمل نقص الأدوار الاجتماعية الإيجابية مما يؤدي إلى نقص الشعور بالهوية ، ونقص العلاقات وانخفاض مستوى احترام الذات ونقص في الإنجاز مع شعور بالإحباط .
- 3- نقص ثالثي أي كرد فعل للاتجاهين الآخرين : ويشمل درجة التقبل والقابلية للإيحاء والخجل المفرط وبعض السلوك غير الملائم لعمر الشخص أو للموقف الاجتماعي الذي يحدث فيه .

### بالنسبة للأسرة

- 1- استجابات نفسية : وتشمل التفاعلات الانفعالية ( وتوصف بأنها شبيهة بالحزن ) وتفاعلات طويلة المدى ، واستجابات تكيفية نجد أقصاها متمثلاً في الرفض أو إنكار وجود التخلف العقلي ، وهذا نادر الحدوث ولكنه يسبب إساءة نفسية شديدة .
- 2- آثار اجتماعية : وتشمل التكلفة المالية وضيق الوقت ، والاعتماد على الآخرين بصفة دائمة ، وفقد فرص التوظيف ، أو قضاء وقت الفراغ بشكل مفيد ،

وصعوبة بناء علاقات اجتماعية . وقد تبين أن النقص العقلي قد يحدث أزمة زوجية في كثير من الحالات ، ومعدل الطلاق مرتفع في السنوات القليلة الأولى من اكتشاف الحالة ، ثم ينخفض ذلك المعدل بعد ذلك .

3- التأثير على الصحة : ويبدو هذا العامل ضئيلاً على غير ما نتوقع .



شكل "6" : شكل يصور موضع المريض المعوق عقلياً في المجتمع

### بالنسبة للخدمات المتخصصة

قد يكون العمل في مجال الخدمة المتخصصة للمتخلفين عقلياً مجهداً ، ولا يلقي احتراماً كافياً وهناك دائرة خبيثة بين نقص الكفاءة المزمن والتدريب الضعيف، واندثار الكوادر وكثرة تغييرها وصعوبة الحصول على كوادر ذات كفاءة عالية .

وهذا يتصل بحقيقة أن هذه الخدمات تعزل تقليدياً عن الخدمات المطلوبة بالنسبة لباقي الجمهور حتى ولو كانت تؤدي نفس الخدمة ( في المدارس مثلاً ) .

### بالنسبة للخدمات العائلية

المصابون بالنقص العقلي يكونون نسبة صغيرة من المترددين على أية مؤسسة للخدمة العامة مثل الخدمات الصحية ، والأمر يحتاج إلى مجهود إضافي لمراعاة الفروق الفردية التي يكثر وجودها بين المتخلفين عقلياً ، وعلى سبيل المثال ، فبعضهم يتعذر عليه الصبر على الجلوس في حجرة الانتظار ، ولذلك ينبغي أن يخصص لهم أول موعد في العيادة ، وقد تكون صعوبات الاتصال مثبطة للهمم وقد يعتبر البعض أن ما تحتاجه هذه الصعوبات من جهد لا يستحق أن يبذل .



## بالنسبة للمجتمع

يقدّر المجتمع المهارات تقديراً عالياً ، كما يقدر المعرفة والتمشي مع المعدلات الاجتماعية ، والقدرة على إنجاز الأدوار الاجتماعية ( مثل دور الوالد أو الصديق أو الموظف ... إلخ ) ومن لا يتحلى بهذه الصفات ينتقص من قدره ، ويقوم بأدوار اجتماعية منحرفة ، والأسماء المستخدمة للدلالة على هؤلاء الناس تصبح سبة في حد ذاتها وتستخدم في وصفهم أنماط هزلية ساخرة تشمل " الطفل الأبدي " و " المهرج " ، ومن ينظر إليه على أنه غير متكيف اجتماعياً يصبح هدفاً للسخرية والاستغلال والحرمان والجريمة والقسوة .

## المصطلحات

في وقت ما ، لم يكن هناك إلا تمييز بسيط بين النقص العقلي والمرض العقلي ثم أخذ الناس يميزون تدريجياً بين من يولد غيباً وبين مرضى العقول ، واستخدمت مصطلحات معنوية Imbecile ومأفون Moron ، استخداماً واسعاً ، فقد استخدمها شكسبير ، ولكن تم التمييز بينها في قانون النقص العقلي لسنة 1947 وتم رفعها من التعبيرات الرسمية في عام 1959 ، الذي أدخل مصطلح النقص العقلي (Subnormality) وقد افترض أنها تشير إلى المفهوم الإحصائي للأفراد في اختبارات الذكاء ، والذي ينقص بمقدار ضعف معامل الانحراف عن المتوسط الإحصائي ولم يستخدم هذا المصطلح بدقة إلا فيما ندر ، ولم يكن مقبولاً من عائلات أولئك الأطفال لأنه يحمل دلالة النقص وقد أبطل استخدامه بقانون 1983 ، الذي أدخل مصطلح الاعتلال العقلي ( Mental Impairment ) وهذا التعريف له مفهوم محدد ، ويشير إلى فئة قليلة من المعوقين عقلياً ولهذا يجب ألا يستخدم كمرادف وقد تم شرح هذا التعريف بقول أنه يشير إلى حالة تتميز بتوقف النمو العقلي أو النمو العقلي الناقص ، ويشمل ذلك نقصاً في الذكاء له دلالاته مع اضطراب في السلوك الاجتماعي مصحوب بعدوانية غير عادية ، أو سلوك غير مسؤول إلى درجة كبيرة من ناحية الشخص المصاب .

والمصطلح المستخدم في معظم الأقطار الأخرى والذي وضعت منه منظمة الصحة العالمية واستخدمته معظم الكتابات العلمية هو التخلف العقلي (Mental Retardation) وهذا المصطلح غير محبوب إلى عائلات انجلترا ، إذ يفضلون مصطلح " الإعاقة العقلية Mental Handicap " في الوقت الحاضر وكل

مصطلح استحدث كان القصد منه الإنقاص من الدلالة المهنية للمصطلح السابق عليه ، ولكن كلما ابتعد المصطلح عن اللغة المستخدمة في الحياة العامة ، كلما اعتبر بمثابة سب أشد وطأة على النفس ، وعلى سبيل المثال عندما نتكلم عن طفل مصاب بتيبس العضلات في فناء المدرسة واصفين إياه بأنه متيبس "Spastic" فإن ذلك يعتبر أسوأ من قولنا عنه أنه غبي "Fool" .

وإذا ما تحدثنا مع العائلات فيجب علينا تجنب المصطلحات الفنية ، التي لم يسمعوها عنها إلا على أنها سباب ، وأكثر الكلمات التي لا تسبب إلا إساءة خفيفة هي " بطيء التعلم " أو ربما كلمة " متأخر " "Backward" ، وليست هناك ميزة في استخدام مصطلح شامل لوصف من يعانون نقصا عقليا ، فالتنوع والتفرد عوامل شائعة ، ومن المفضل أن نشير إلى الناس بمصطلحات تدل على أدوارهم التي يقومون بها في الحياة ، فالطفل في المدرسة " طالب " وهو في المنزل " ابن أو ابنة " .. إلخ والإنسان في المجالات المختلفة هو مؤجر أو زبون أو صديق وهو في عيادة الطبيب مريض .

## تقييم الحالات

لا يجدي أخذ تاريخ المرض بالطريقة المعتادة في الحكم على أبعاد النقص المستديم إلا أن الشخص المعوق عقليا يستشير الطبيب عادة بسبب مرض ما ، وهنا يجب تسجيل بيانات ذلك المريض أولا . ثم تضم تعريفاً لوصف المستوى الوظيفي للمريض قبل المرض " بعد تسجيل شخصية المريض قبل المرض " . وهذا الوصف للمستوى الوظيفي للمريض قبل المرض يجب أن يأخذ شكل وصف ما يحدث أثناء يوم نمطي من أيام المريض منذ وقت استيقاظه ثم اغتساله واختيار ملابسه ثم ارتدائها .. إلخ ثم ينتقل إلى ذهابه للعمل واستخدامه وقت الفراغ ثم استعداده للذهاب إلى الفراش ، ويجب أن نسجل مدى ما يستطيع هذا الشخص القيام به إذا ما لقي التشجيع على هذا بدلاً من مجرد ذكر ما يقوم به عادة من نشاط .

وهناك عدة أشكال مقننة للتقييم يمكن استخدامها في فحص المعوقين عقليا ، ومن أمثلة ذلك " اختبارات الذكاء " ، مثل اختبار " وكسلر " للبالغين (WAIS) ولهذا الاختبار استعمالات تطبيقية محدودة تشمل مدى الانتشار ( أي المسح الوبائي ) وقياس وظائف نفسية معينة ، وتحديد ما إذا كانت مظاهر الإعاقة عند فرد ما ترجع إلى نقص في الذكاء ، وهو أيضا مفيد في دراسة الاضطرابات العقلية التي تبدأ بعد سن البلوغ لتبين ما إذا كانت ثابتة أم متدهورة .





شكل "7" : المكونات الأساسية للاتصال

ولا تجيب اختبارات الذكاء على سؤالك " ماذا يستطيع هذا الشخص القيام به نحو ذاته ؟ ولا مدى المساعدة التي يحتاجها ؟ ولا ما هي المهارات التي يمكنه تعلمها ولدينا الآن العديد من طرق القياس المتاحة مثل " الطريق إلى الاستقلالية " path-ways to Independence ، أو المقياس الأمريكي للتكيف السلوكي American Adaptive Behaviour Scale .

والاختبارات المتخصصة يجب أن يجريها أشخاص مدربون وهم عادة الإخصائيون النفسيون . واختبار " الطريق إلى الاستقلالية " لا يحتاج تدريباً عليه، ومن المفيد أن نحصل على نسخة من " مقياس السلوك التكيفي " الذي تستخدمه "مؤسسة خدمات المعوقين عقلياً" الموجودة في مكان عملنا ، وبعض الإخصائيين النفسيين لا يتحمسون لاستخدام اختبارات الذكاء ، لأنه قد أسيء استخدامها في الماضي ، أما اختبار " وكسلر " فيجب اعتباره أداة دقيقة لا يستخدمها إلا من يجيدها .

ومهمة الطبيب الأساسية هي أخذ التاريخ المرضي ، أما مشكلته فهي كيفية التواصل مع المريض ، وقد تنشأ المشكلات في أي مجال من المجالات المبينة في شكل "7" والتي نصفها فيما يلي :

1- الاستعراف (Cognition) : قد لا يريد الشخص أن يتواصل مع الطبيب أو لا يستطيع بلورة الفكرة التي يريد توصيلها إلى الطبيب ، كما أنه قد ينقصه مفهوم " الوقت " .

2- المقدرة اللغوية ( Language ability ) : قد لا يملك المريض الألفاظ التي تعينه على التعبير عن أعراضه ، وقد لا يستطيع أن يجد الكلمة الصحيحة ، وقد



يجد صعوبة في استخدام السياق الصحيح أو النطق السليم ، وقد يعاني من نقص في أساليب اتصاله مثل صعوبة الحفاظ على التواصل بالنظر أو في الإجابة على الأسئلة بإجابات لها علاقة بموضوع الحديث .

3- تكوين الحديث ( Speech production ) : قد يجد المريض صعوبة في الاستخدام الجيد لنبرة الصوت أو النطق أو استخدام نبرات الصوت أو إيقاع الحديث أو سرعة الكلام أو مقداره .

4- الإنصات ( Listening ) : قد تقابل المريض صعوبة في متابعة الانتباه لحديث الطبيب .

5- الفهم ( Understanding ) : قد لا يفهم المريض ألفاظ الطبيب وقد لا يدرك معنى المفاهيم المركبة مثل ( الحال الانفعالي ) أو قد لا يتابع تركيب السياق الذي يستخدمه الطبيب .

6- السياق ( Context ) : قد لا يفهم المريض الغرض من المقابلة الشخصية للطبيب أو سياقها وقد لا يفهم دور الطبيب أو قوانين السرية التي تلتزم بها الممارسة الطبية ، وهناك بعض المهارات الاجتماعية اللازمة للمريض عند استشارته للطبيب ، مثل كيفية الحصول على موعد مع الطبيب .

وبالإضافة إلى ما سبق فقد يوجد بعض النقص الحسي أو الحركي ، ولذلك تجب مراجعة ما إذا كان المريض يستخدم سماعة طبية وما إذا كانت تعمل بكفاءة كما يجب أن يجلس الطبيب بحيث يكون وجهه وشفاته مضاءة إضاءة كافية .

ولكي نتغلب على هذه الصعاب يلزمنا التطبيق المنظم لتقنيات المقابلة الشخصية وهي :

1- قيم قدرة المريض على التواصل : فالدقائق القليلة الأولى لأية مقابلة طبية لا تستخدم فقط لبناء التواصل النفسي مع المريض ، بل يجب أن تستخدم لاختبار قدرته على التواصل ، فإذا بدأنا المريض بسؤال بسيط " ما اسمك ؟ " فإننا نجد أن الإجابة تكون صحيحة حتى ولو كان المريض شديد الإعاقة ، ولكننا نحكم على قدراته العقلية فيما بعد كلما ارتفع مستوى تركيب الأسئلة .

2- كن منهجيا منظما : فإذا كانت هناك مشكلة في التواصل فيجب أن نتبين مكونات عملية التواصل التي أصابها التعطل ومن ثم نتبين الطريقة التي يمكنك

بها التحدث مع المريض إذا ما كان يعاني فقط من هذه المشكلة المعينة ، ثم اجمع بين هذه التقنيات اللازمة ، فالمريض الأجنبي مثلاً ، والذي تعلم لغة الطبيب في المدرسة ينقصه كم الألفاظ المطلوب لإجراء محادثة مجدية ، وهنا يمكننا استخدام الإيماءات والصور أو إمداده بكلمات بديلة قد يمكنه تبينها ، وقد نساعد به بالحديث ببطء وبوضوح ، وأن نحد من قاموس حديثنا نحن وقد نلجأ إلى مترجم ، ولذا فيجب أن تتبين بنفسك ذلك المريض الذي يعاني من نقص محدد في ناحية من نواحي التواصل .

هناك طرق ثلاث للاستعانة بشخص ثالث ، فقد تحتاج إلى شخص يعطيك معلومات عن المريض ولكن يجب أن توضح لهذا الشخص أنك تريد معرفة ما لا يستطيع المريض أن يدلي به بنفسه ، وأنت ستراجع التفاصيل مع الشخص الثالث ، وفي بعض الأحيان قد يكون المترجم مفيداً في مساعدته لك على فهم لغة المريض أو مساعدة المريض على فهمه للغتك أنت . وفي بعض الأحيان قد يدلي المريض بتاريخ أفضل إذا علمته كيف يفعل ذلك ، وقد تطلب من شخص ما ( مثل الممرضة ) أن تقوم بدور المعلم ، وقد يتعلم المريض مثلاً كيف يكتب مذكرات يومية عن مشاكله في النوم .

- راجع أسئلتك : فأنت تستخدم نفس الأسئلة طيلة مدة ممارستك للمهنة الطبية فأنصت إلى نفسك ، ويستحسن أن يتم ذلك باستخدام جهاز تسجيل مسجل عليه بعض المقابلات الشخصية ، وتبين بذلك كيف يمكنك تبسيط بعض الأسئلة النمطية ، فالصحفيون الذين يكتبون عاموداً في صحيفة يتقاضون أجراً كبيراً نظراً لمهارتهم في التواصل ويمكنك تقليد طريقتهم في الاتصال - ولكن لا تقلدهم في محتوى كتاباتهم .

5- قم بعدة مقابلات قصيرة : بدلاً من مقابلة واحدة طويلة ، فالوقت الطويل الذي لا يعتاده المريض قد يجعل المقابلة التي تتم وفهم محتوياتها صعباً ، ولذا فقد يفهمك مرضاك فهماً أفضل إذا ما ألفوا عيادتك ، كما أن التعب يسبب إلى التواصل والمقابلات المتعددة تعطيك فرصة الملاحظة المتوالية .

6- استخدم مصادر أخرى للمعلومات : مثل شهادات المدرسة والسجلات الطبية والاجتماعية .



## اضطرابات النمو الأخرى

قد تستخدم بعض الجمل كبدائل مثل " صعوبة التعلم " ، " نقص الذكاء " ، " الإعاقة العقلية " ، ولكن صعوبات التعلم التي تؤدي إلى الإعاقة في مرحلة النضج قد تنشأ عن اضطرابات النمو مثل :

- 1- صعوبة التعلم المحددة مثل الحبسة الكلامية ( Aphasia ) .
- 2- الانطواء على الذات ( Autism ) وما يتعلق بها من اضطرابات .
- 3- متلازمة فرط الحركة ( Hyper Kinesia ) .
- 4- اضطرابات الشخصية .

ومن المهم أن نتبين هذه الاضطرابات بأسرع ما يمكن بحيث يوفر التعليم المناسب في المدرسة . فمرضى الحبسة الكلامية مثلاً قد يستفيدون من إثراء برامج اللغة وقد يشمل ذلك استخدام لغة الإشارة ، ومرضى الانطواء على الذات قد يحتاجون إلى مدخل يستخدم حوافز غير اجتماعية لحثهم على التعلم .

والإنطواء على النفس حالة مرضية نادرة بنسبة 4 : 10.000 وخصائصها نقص التفاعل الاجتماعي والنمو اللغوي . مع استجابات شاذة للمحيط الاجتماعي للمريض ونقص في القدرة على التخيل . ومن الاستجابات الشاذة النموذجية مقاومة المريض لأي تغيير وارتباطه بالأشياء . وبعض الأشخاص لا تنقصهم القدرات في المجالات غير الاجتماعية ، مثل الرياضيات أو الموسيقى والقليل منهم موهوبون في هذه المجالات ، كما أن ثلث المصابين بالانطواء على الذات يصابون بنوبات صرعية في فترة المراهقة .

ومتلازمة فرط الحركة نادرة أيضاً ، وخصائصها هي نقص الانتباه مع الاندفاع في الحركة والتحرك دون انقطاع ، ويتضح فرط الحركة غالباً في أثناء الطفولة ، ولكنه قد يتحول إلى قلة الحركة في مرحلة البلوغ ، أما نقص الانتباه وسرعة انتقاله من شيء إلى آخر فقد يستمر طيلة العمر مع عدم القدرة على استبعاد المثيرات غير المطلوبة بحيث أن هذه المتلازمة تسمى أيضاً " مرض نقص الانتباه " " Attention Defect Disorder " .

ويصحب هذين المرضين عادة نقص في الذكاء ولكن هذا الارتباط لا يحدث في كل الحالات ، وهما أكثر انتشاراً بين الذكور ويرتبطان ارتباطاً قوياً بعلامات أخرى لاضطراب وظائف الدماغ ، وكثيراً ما يؤديان إلى مشاكل سلوكية ، وبناءً على ذلك



فالطبيب يقابلهما أكثر من باقي أنواع الإعاقة العقلية . والخدمات المطلوبة لليافعين المصابين بهذه الأمراض تقدمها هيئة " خدمات المعوقين عقليا " .

وتشيع اضطرابات الشخصية بين أفراد الجمهور العام ، ولا تكون هي السبب الوحيد للإعاقة العقلية ، وبالرغم من أن التعلم يتم من خلال علاقة بين المعلم والطفل، نجد أن الأطفال المصابين بمشاكل عميقة في تكوين العلاقات يستطيعون التعلم بقدر يمكنهم من القيام بشؤونهم الشخصية من الناحية العملية وإن لم يكن ذلك ممكنا من الناحية الوجدانية .

ومن المعتاد اعتبار اضطرابات الشخصية واحدة من المكونات التي لا مفر منها بالنسبة للإعاقة العقلية ، لأنها كثيرة الشيوع بين المتخلفين عقليا .

وقد تحدد بعض مراحل النمو أنواعا أخرى من الاضطرابات التي لا مفر منها بالنسبة للإعاقة العقلية ، لأنها كثيرة الشيوع بين المتخلفين عقليا .

وقد تحدد بعض مراحل النمو أنواعا أخرى من الاضطرابات ، مثل اضطرابات تناول الطعام والاضطرابات الجنسية، ولكن من المستبعد أن تؤدي تلك الاضطرابات إلى مشاكل مدرسية كما أنها لا تؤدي إلى إعاقة عقلية .

## مدى الانتشار ( وبائيات المرض )

هناك مشاكل منهجية تقابلنا عند قياس مدى انتشار الإعاقة العقلية وهي :

- 1- التعريف غير المحدد .
- 2- التعريف يعتمد على السياق الاجتماعي .
- 3- ليس هناك حد فاصل بين المعوقين وغير المعوقين .

فمثلا نجد أن مدى الانتشار كما تحدده اختبارات الذكاء يختلف عن ذلك المدى الذي تحدده مقاييس الكفاءة الاجتماعية ، كما أن الكفاءة الاجتماعية في المدرسة تختلف كثيراً عنها في عيادة الطبيب ، أما من الناحية العملية فإن أثبت الطرق لتحديد مدى الانتشار قد استخدمت فيها اختبارات الذكاء مع طلبة المدارس الثانوية، فاختبارات الذكاء تقوم على افتراض أن توزيع الطلبة من ناحية الذكاء يتبع منحنى التوزيع الطبيعي ( أي التوزيع الجاوسي ) وفيه يكون المتوسط هو 100 ، ومعدل الانحراف = 15 برغم أن منطقة " بين بين " تقع حول 70 - فمعظم من يقعون

تحت مستوى (70 - 85) يعتبرون معوقين عقليا ، ومعظم من في مستوى أعلى من هذا يعتبرون أسوياء عقليا ، فإذا كان الفرض الجاوسي دقيقا ، فنسبة من يكون مستوى ذكائهم أقل من 70 سوف يكونون 2.5٪ من الجمهور ، أما المسح الحقيقي فقد أعطى تقديرات مختلفة اختلافا واسعا حول هذا الرقم ، إلا أن مدى انتشار الإعاقة العقلية الشديدة ( أي نسبة ذكاء أقل من 50٪ ) هو أكثر ثباتا في عمليات البحث التي تمت في إنجلترا وفي الخارج وفي أوقات مختلفة . فالرقم هو 0.3٪ إلى 0.4٪ وهذا يعني أن الطبيب الممارس الذي يشرف على ألفي مريض ينتظر أن يكون لديه ثلاثة أطفال وخمسة أشخاص بالغين يعانون من إعاقة عقلية .

وعند قياس نسبة انتشار المرض نجد أن ذلك أكثر صعوبة حتى مما سبق ذكره لأن اكتشاف المعوق عقليا لا يتم عند نفس العمر بالنسبة لكل الحالات ، وقد تم إجراء دراسة على متلازمة " داون " ( أي المنغولية ) التي يمكن تبينها عند الولادة وهي تكاد تؤدي دائما إلى إعاقة عقلية بالغة ، وقد دلت هذه الدراسة على أن نسبة حدوث هذا المرض قد نقصت لأن عددا أقل من النساء يلدن بعد منتصف الثلاثينات من عمرهن ، ومعدل حدوث هذا المرض في إنجلترا في آخر السبعينات من القرن الحالي قدرت بنحو 0.56 - 1.6 في كل ألف من المواليد الأحياء ، وتحسن طول العمر المحتمل بين الجمهور يعني أن مدى الانتشار قد يتزايد فيما بعد .

## الأسباب

هناك متلازمات مرضية كثيرة يمكنها أن تؤدي إلى حدوث الإعاقة العقلية بحيث تعجز الذاكرة عن الإحاطة بها كلها ، وحتى الأطباء النفسيون المتخصصون في الإعاقة العقلية لا يرون إلا نسبة صغيرة من هذه الحالات ، والمطلوب هو إيجاد مدخل للبحث عن أسباب هذه الإعاقة عند كل شخص يراه الطبيب ، ويجب الرجوع إلى كتب أمراض الأطفال للإلمام بتفاصيل المتلازمات ذات الأهمية الطبية وأكثرها شيوعا ، مثل متلازمة - كروموسوم إكس الهش - ( Fragile X Syndrome ) ومتلازمة " داون " ومرض بيلة الفينيل كيتون ( Phenyl Ketonuria ) ونقص نشاط الغدة الدرقية وبعض المتلازمات القليلة الأخرى ، وتختلف نسبة حدوث بعض الأسباب بين قطر وآخر ، مثل متلازمات نقص التغذية وإصابات الولادة ، وما نستخدمه في هذا الكتاب من أرقام ينطبق فقط على غرب أوروبا .

وعلىنا أن نحذر من الارتكان على الأساطير المحببة ، مثل إصابة الولادة ، وأضرار التطعيم ، فإصابات الرأس أثناء الولادة نادرة جداً ، ويبقى أمر السعال



الديكي كسبب للإعاقة العقلية مثيراً للجدل وتصنف الأسباب عادة على أساس الوقت الذي تؤثر فيه على المريض ، فهناك أسباب تؤثر قبل الولادة وأخرى تؤثر حول الولادة أو بعدها ، وفي جدول "2" نبين تلك النسب تبعا لدراسة سويدية حديثة.

وقد وجد في هذه الدراسة أن 29٪ من حالات الإعاقة العقلية الشديدة سببها أمراض الكروموسومات ( أو الصبغيات ) خصوصا التثلث الصبغي رقم (Trisomy 21) ، وهي أكثر الأسباب المفردة شيوعا ، وتتسبب إصابة صغيرة واحدة في حدوث 5٪ من حالات الإعاقة العقلية الشديدة ، وتشمل الأمراض المكتسبة أثناء الحياة الرحمية "المتلازمة الجنينية الكحولية" ( وتمثل 8٪ من الإعاقة العقلية المتوسطة ولكنها لا تسبب إعاقة عقلية شديدة ) وكما تشمل هذه المجموعة أيضا الإصابات الإشعاعية للجنين ، والخمج بالطفيليات مثل التوكسوبلازما ، أو الفيروسات مثل الحصبة الألمانية أو فيروس الخلايا العملاقة والحلا ( Herpes ) والميكروبات مثل الزهري ، وكذلك التأثير بالعقاقير وخاصة تلك المضادة للصرع ، ثم إصابة الأم بمرض بيلة الفينيل كيتون والأسباب التي تؤثر في فترة " ما حول الميلاد Perinatal " ، تتداخل مع أسباب ما قبل الولادة ، وأكثرها ينشأ عن نقص المشيمة أو الأسفكسيا أو نقص الأكسجين ، وفي حالة ولادة طفل " أصغر حجما مما يتناسب مع عمره الرحمي " فقد يصعب تحديد الوقت الذي حدثت فيه الإصابة.

وأسباب " ما بعد الولادة " تشمل كل الأمراض التي تصيب الدماغ أثناء الطفولة ، وهذه تشمل رضح الرأس ( Trauma ) سواء كان بسبب الحوادث أو غير ذلك ، والتسمم بالعقاقير والمعادن الثقيلة ، والاضطرابات الأيضية ( فرط تركيز الصوديوم بسبب تناول ألبان خاطئة التكوين ) والخمج ( مثل الالتهاب السحائي والدماغي ) ثم نقص التغذية .

## الإعاقة العقلية والصحة العامة

كل المعوقين يتعرضون للإصابة بالأمراض طوال أعمارهم أكثر من غير المعوقين ، وينقص معدل عمرهم المحتمل بشكل عام ، وعلى كل فالعمر المحتمل أخذ في الازدياد بسرعة في السنوات الثلاثين الأخيرة ، ومن الواضح أن العوامل الأساسية لذلك كانت التغير في الأحوال الاجتماعية والبيئية .

وهناك بعض المشاكل الصحية الخاصة التي ترتبط بأسباب الإعاقة العقلية ارتباطا خاصا كما أن هناك مشاكل صحية ليس لها هذا الارتباط الخاص ، ولكنها



تتشترك مع الأولى في نشأتها ، كما أن هناك مشاكل ثلاثة يتعرض لها المعوق عقليا بنسبة أكبر من غير المعوق .

## 1- الأمراض ذات الارتباط الخاص بالإعاقة العقلية :

من المحال أن نذكر كل هذه الأمراض نظراً لكثرة أسباب الإعاقة العقلية ذاتها، ولذلك سنقصر حديثنا على أهمها وأكثرها شيوعاً ، فمتلازمة " داون " مثلاً ترتبط بوجود إفرازات مخاطية لزجة مما يسبب تكرار حدوث أمراض الصدر المعدية ، وحب الشباب ( العُدّ Acne ) وصملاخ الأذن والصمم التوصيلي ، كما يرتبط هذا المرض بالإصابات الخلقية للقلب وقصور الدرقية والبدانة ، وكذلك بحدوث بعض الأمراض المرتبطة بالشيخوخة ولكن في مراحل مبكرة من العمر مثل سرطان الدم المزمن ومرض " ألزهايمر " .

## 2- الأمراض ذات الأسباب المشتركة :

قد يسبب أي مرض يصيب وظائف الدماغ في مرحلة الطفولة إعاقة عقلية ، وقد يسبب ظواهر مرضية أخرى لإصابات الدماغ ، فالصرع أكثر انتشاراً بين المعوقين بمعدل عشرة أضعاف إلى عشرين ضعفاً عنه بين الأسوياء عقلياً، والانطواء على الذات ومتلازمة فرط الحركة يرتبطان ارتباطاً قوياً مع الإعاقة العقلية ، وكذلك مع بعض العلامات العصبية المرضية الأخرى .

ويكثر انتشار نقص الحس والحركة (مثل مرض الشلل المخي Cerebral Palsy) وهما يسببان مشاكل في التواصل مما قد يؤدي إلى تفاقم صعوبات التعلم ، وقد يصبح الكلام عند المعوقين عقلياً والمصابين بالشلل الدماغي عصياً على الفهم بالنسبة للآخرين ، بالرغم من أن هؤلاء المعوقين قد لا يعانون من نقص الذكاء ولذلك فهم يحتاجون إلى تقييم دقيق لقدراتهم الذهنية ، ومن أمثلة الأسباب المشتركة أيضاً إصابة الأم بالحصبة الألمانية التي قد تؤدي إلى صمم تام وعمى ونقص في الذكاء في وليدها .

## 3- الأمراض التي يزداد تعرض المعوقين لها عن الأسوياء

أهم أمثلة هذه المجموعة هو المرض العقلي الذي يحدث بنسبة تقدر بضعف معدل حدوثه بين غير المعوقين عقلياً ، وهناك صعوبات جمة في تحديد نسب

حدوثه، ولكن يبدو أن الفصام يحدث بنسبة الضعف بين المعوقين وتحدث الأمراض الوجدانية بنفس النسبة بين المعوقين والأسياء عقلياً ، ويكثر حدوث مضاعفات الصرع بين المعوقين ، كما يكثر حدوث اضطرابات الشخصية واضطرابات السلوك بين المعوقين ، خصوصاً عند حدوث معوقات في النمو مثل مرض الانطواء على الذات .

ويرتبط مرض " الخرف قبل الشيخوخي " بسبب مرض " ألزهايمر " مع مرض " داون " والمنتظر هو أن تزداد هذه المشكلة فيما بعد . أما الاستهداف العام للأمراض الأخرى فيرجع إلى معوقات نقص الرعاية الاجتماعية والصحية مثل التدرن والتهاب الكبد بسبب الفيروس " ب " .

## خدمات الإعاقة العقلية

لا يشكو معظم المعوقين عقلياً من أي مرض ولفترات طويلة ، ولكن أسباب الإعاقة في الطفولة قد تحتاج إلى علاج طبي ، كما أن من يصل إلى سن البلوغ تستقر حالته في الأغلب ، ويقتصر دور الطبيب في معالجة المعوق عقلياً بنفس الطريقة التي يعالج بها باقي أفراد الجمهور عند حدوث أي مرض ، ونحن نتوقع أن يلقي المعوق مستوى من الرعاية الصحية مساوياً لما يلقاه غير المعوق ، وقد يسبب حدوث أي مرض هين يضاف إلى حالة الإعاقة العقلية وضوح الفرق بين من يستطيع مجابهة المرض ممن لا يستطيع ذلك ، وقد يكلف ذلك الأسرة والمجتمع أكثر مما يحدث مع المرضى غير المعوقين عقلياً وليس هذا واجباً أخلاقياً فحسب بل أن مثل هذه الرعاية لها جدواها المادي مما يستوجب التأكيد على أهمية الفحص الدقيق للمعوق المريض وعلاجه بكفاءة .

والطب النفساني هو التخصص الوحيد الذي يعنى بالمعوقين عقلياً وذلك لأسباب تاريخية برغم أن الكثيرين من إخصائي أمراض الاطفال قد أصبحوا الآن مهتمين بهذه الأمراض ، وهناك بعض المختصين في الصحة العامة ممن يقومون بإدارة برامج الإشراف الصحي ، يقدمون النصيحة في مجال منع الحمل .. إلخ ، ومما يؤسف له أن القلة من المختصين في الأمراض العصبية هم الذين يهتمون بهذه الفئة بالرغم من انتشار الأمراض العصبية بين أفرادها .

ويقدم النظام الصحي القومي ( NHS ) الخدمات غير الطبية ، ويشاركه في ذلك مسؤولو الخدمات الاجتماعية المحليين ، ومسؤولو التربية والجهات التطوعية



والخاصة ، ويختلف نمط تلك الخدمات اختلافاً بيناً في أجزاء القطر ( إنجلترا ) المختلفة ، كما أن الموقف يتغير بسرعة وعلى العموم نجد أن معظم أجزاء القطر تهدف إلى تقديم الخدمات المحلية المبنية على عمل فرق تسمى "الفرق المجتمعية لخدمة المعاقين عقلياً" وهذه الفرق تقوم بعمليات التقييم مع تخطيط برامج التدريب والعناية المبني على القدرات الفردية والاحتياجات ، كما تقوم بتنفيذ تلك الخطط ومراجعة مدى التقدم كما تقدم الدعم للعائلات ، والهدف هو الاستمرار في زيادة مدى ممارسة المرضى لحياتهم بشكل يستحق الاهتمام ويزيد من إسهاماتهم في حياة المجتمع .

ويشمل هذا الفريق في الأغلب مجموعة أساسية من الإخصائيين الاجتماعيين، وممرضة متخصصة في الإعاقة العقلية ، مع سكرتارية وفريق إضافي من الإخصائيين النفسانيين مع إخصائي في العلاج بالعمل والعلاج الطبيعي وعلاج التخاطب ، والطبيب النفسي وقد يضاف إليهم آخرون ، وهذا الفريق المتخصص قد يعمل مع أكثر من فريق أساسي في نفس المنطقة .

وتشمل الخدمات النهارية التعليم والتدريب والتوظيف والترفيه وتنظيم وقت الفراغ ، ومنذ أوائل السبعينات أصبح كل الأطفال يتعلمون تعليماً مدرسياً إجبارياً وأنشأ معظم المسؤولين عن التربية مدارس خاصة ، ومنذ أوائل الثمانينات أصبح من حق الأطفال المعوقين عقلياً أن يلتحقوا بدراسات " كل الوقت " إلى أن يصلوا إلى عمر التاسعة عشرة ، وتنظم بعض الكليات المعنية بالتعليم العالي مناهج مناسبة للمعوقين من البالغين والخدمات الأخرى يقدمها أساساً " النظام الصحي القومي " في مستشفيات المعوقين عقلياً وعن طريق المراكز النهارية للخدمات الاجتماعية ، وهناك القليل من التنظيمات التي توفر فرص " العمل تحت الإشراف " أو تركز على تنظيم وقت الفراغ بالنسبة للمعوقين .

وتشمل الخدمات المنزلية الإقامة الدائمة أو لفترات قصيرة ويمكن توفير هذا على مدى واسع من التنظيمات مثل الإقامة مع أسرة أخرى أو إقامة إخصائي في منزل العائلة لتقديم المساعدة للمعوق ، أو في شكل منازل تتبع المجتمع ( إما بيوت أو مستشفيات ) أو في شكل منازل مشتركة . ويعيش بعض المعوقين عقلياً بمفردهم في منازلهم ، وبناء على قدراتهم الخاصة ، واحتياجاتهم الوجدانية وسلوكهم قد يحتاج بعضهم إلى من يساعدهم في إطار عدة تنظيمات ، مثل الزيارات الأسبوعية أو العناية لبعض الوقت أو لكل الوقت .



## قراءات مستقبلية

- Bicknell, J. & Sines, D. (1984) *The Mentally Handicapped Person in the Community*.  
Harper & Row, London.  
Heaton-Ward, W. A. (1977) *Left Behind*. Macdonald & Evans, Plymouth.  
Russell, O. (1985) *Mental Handicap*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

\*\*\*\*\*

## الفصل التاسع

### اضطرابات الطفولة والمراهقة

#### مقدمة

يختلف الطب النفسي للأطفال عن الطب النفسي للبالغين في أن المريض الطفل يأتي إلى الطبيب مع والديه ولا يتقدم هو نفسه بمشكلته أو شكواه ، والوالدان ينظران إلى الأعراض التي تأتي بالمريض إلى طبيبه على أنها هي المشكلة المطلوب منا حلها ، ولكننا كثيراً ما نكتشف أن هذه الأعراض إنما تنشأ عن نمط التعامل الأسري وأسلوب الوالدين في التعامل مع أبنائهم أو الأطر المؤسفة التي يجد الأطفال أنفسهم قد ألزموا بها .

وأخذ تاريخ مرضي كامل ومفصل أمر أساسي لكي نتبين العوامل التي يمكن أن تسهم في إحداث مرض الطفل قبل أن نصل إلى تشخيص دقيق ، أو نبلور حالته تمهيداً لتخطيط طرق التدخل في الحالة .

والأعراض النفسية التي تصيب الأطفال متعددة ، كما يظهر من الدراسات الوبائية ( أي دراسة مدى انتشار المرض ) . وأغلب الأطفال المرضى نفسياً يتوجه بهم آبائهم إلى الطبيب الممارس العام أو أطباء الأطفال أو إخصائي طب المجتمع بينما لا يتوجه إلى الطبيب النفسي إلا عشر الحالات فقط .

ويمكن تعريف الاضطرابات النفسية عند الأطفال على أنها اضطرابات في السلوك والانفعالات أو العلاقات التي بلغت من الوضوح وطول المدة مبلغاً يؤدي إلى إعاقة للطفل نفسه ، أو تؤدي إلى ضيق واضطراب في العائلة والمجتمع ، وقد استخدم " روتر " في دراسته عام 1988 استبياناً للرأي لقياس مدى انتشار الاضطرابات النفسية بين الأطفال من سن 10 إلى 11 سنة ، ممن يعيشون على جزيرة " وايت " - وقد وجد أن الأمراض النفسية توجد بشكل عام في 6.8% من الأطفال موضوع الدراسة ، منها 4% لاضطرابات السلوك ، 2.5% للاضطرابات الوجدانية أما باقي نتائج هذه الدراسة فيمكن تلخيصها فيما يلي :

- 1- الفروق بين النوعين : نسبة الاضطرابات النفسية بين الذكور تبلغ ضعف نسبتها عند الإناث .
- 2- هناك ارتباط بين التأخر في القراءة واضطرابات السلوك .
- 3- الأمراض النفسية، أكثر انتشاراً بين الأطفال المصابين بأمراض جسمية مزمنة.
- 4- تزداد الأمراض النفسية زيادة لها وزنها الإحصائي عند وجود أمراض المخ وقد تبلغ هذه الزيادة في بعض مراحل العمر خمسة أضعاف النسبة عند غير المصابين بأمراض المخ .
- 5- تزداد نسبة الأمراض النفسية بين الأطفال الذين يعانون من صعوبات في التعلم .

وقد وجد " رتشماني Richman " وزملاؤه عام 1978 أن نسبة الإضطرابات النفسية المتوسطة والشديدة في الأطفال عند الحد الأدنى من العمر تبلغ 7٪ وذلك في عينة من الأطفال عمرهم 3 سنوات ، أما عند المراهقين فالمتفق عليه أن هذه النسبة تقع بين 10٪ - 11٪ برغم أنها حددت بأعلى من ذلك في بعض الدراسات الأخرى .

## النواحي التطورية للاضطرابات النفسية في الطفولة والمراهقة

الأطفال كائنات بشرية أخذة في النمو وبسبب ذلك فالمعرفة العميقة بخصائص النمو عند الأطفال تصبح أساسية عند من يعملون في أي حقل يشمل الأطفال ، وينطبق هذا بشكل خاص عندما نتكلم عن الاضطرابات النفسية للأطفال ، إذ أن عمر الطفل سوف يحدد الأعراض الدالة على وجود المرض ، تلك الأعراض التي تعتمد على كل من مراحل النمو العاطفي والنمو المعرفي للطفل .

وقد لا تثير الأعراض النفسية الانتباه في مرحلة من مراحل العمر ، ولكنها قد تثير الاهتمام إذا ما أصبحت مستمرة أو عندما تظهر في مرحلة من مراحل النمو التي لا تتماشى مع وجود هذه الأعراض ، وهناك أمثلة عدة على ذلك ، فمشاكل النوم يكثر حدوثها في سن ما قبل المدرسة ، وقد لا تعتبر علامة لأي مرض عند هذا العمر ، ولكنها إذا حدثت في سن أكبر أصبحت ذات دلالة مرضية ، وب نفس الطريقة يمكننا تشخيص مرض سلس البول في طفل عمره ثماني سنوات ولكن نفس هذا المرض عند طفل الثالثة لا تكون له نفس الدلالة كما أننا نتوقع حدوثه توقعاً تاماً عند سن الثانية .



وبالنسبة للأعراض النفسية الشائعة والتي تظهر في الأعمار المختلفة فانظر جدول 3 ولاحظ أن هذه الأعراض تمثل مشاكل شائعة وليست أمراضا تبعا للتعريف السابق ذكره .

## التصنيف

يتم تصنيف الفئات المريضة نفسيا في الطفولة والمراهقة تبعا لوصف أعراضها ويندر أن نشخص مرضا عقليا نمطيا تحت سن السادسة عشرة ، إلا أنه رغما عن ذلك فالتشخيص والعلاج لهذه الأمراض يمثلان جزءا هاما من عمل الطبيب النفسي للأطفال .

### جدول (3) الأعراض النفسية الشائعة في الطفولة تصنيف الأعراض تبعا لعمر الطفل

العمر	نوع السلوك	المشاكل الأخرى
0 - 5	نوبات الغضب السلوك السلبي وسلوك المعارضة العدوانية	النوم تأخر مراحل النمو قلق الفراق ( التعلق المرضي )
5 - 11	الكذب السرقه المشاجرة النشوز Disobediance	المخاوف الرهاب أضغاث الاحلام عدم التحكم في البول أو البراز مشاكل مع الرفاق
11 - 16	المشاجرة السرقه التغيب Truancy الهروب Running away النشوز سوء استخدام الأشياء	رفض المدرسة القلق والاكتئاب سرعة القلب الوجداني الانعزال عن المجتمع مشاكل مع الرفاق

المتلازمات الاكلينيكية الخاصة بالطفولة والمراهقة ، ولكي نحصر كل العوامل المؤثرة في إحداث الاضطرابات النفسية في الطفولة فعلياً استخدام تصنيف متعدد المحاور ، يدور حول خمسة محاور وهي :

1- المتلازمة النفسية الاكلينيكية .

2- نواحي قصور خاصة في النمو .

3- مستوى الذكاء .

4- المشاكل الجسمية .

5- الأوضاع الاجتماعية الشاذة .

## اضطرابات الأطفال النفسية فيما قبل سن المدرسة

لا يوجد إلى الآن تصنيف لأمراض الأطفال النفسية فيما قبل سن المدرسة ، ويرجع السبب في طلب النصيحة الطبية عند هذا العمر إلى السلوك المسبب للمشاكل وما يتشكل منه من سلوك يعتمد على بيئة الطفل ، إذ أن الطفل في هذه المرحلة يعتمد اعتماداً كلياً على والديه ، إلا أن هذا السلوك المسبب للمشاكل قد يلاحظ في مواقف أخرى مثل دور الحضنة .

ومن أمثلة السلوك العدواني حيال رفاق المدرسة ، وتشمل أنواع السلوك موضع الشكوى مشاكل النوم والسلوك السلبي أو سلوك المعارضة ، وصعوبات الأكل والسلوك العدواني وعند هذا السن لا يكون نمط السلوك المميز للطفل قد ترسخ ، وقد ينجح التدخل العلاجي عن طريق إصلاح تعامل الوالدين مع الطفل ، وعلاقتهم بطفلهما - كما يجب تبين العوامل التكوينية مثل قصور التطور والانعزالية ( وهي نادرة ) وغير ذلك من الاضطرابات العصبية كما يجب قياس كل تلك العوامل بحيث توفر العلاج الملائم أو التعليم المناسب ، كما يحتاج الطبيب النفسي إلى القدرة على التعليق على مدى ارتباط الأطفال بمن يعتني بهم من البالغين ويمكن القيام بذلك عن طريق ملاحظة سلوك الارتباط ، وقبل سن الستة أشهر ، لا يحتمل أن يعترض الطفل عندما يمسك به أحد الغريباء ، ولكن بعد هذا السن نجد أنه من الطبيعي أن يصاب الطفل بالقلق إذا ما ضمه شخص غريب كما أنه يحتاج إذا ما فصلناه عن أمه ، وعندما يبدأ الحركة بمفرده ، نجده يلجأ إلى أمه كقاعدة ينطلق منها إلى اكتشاف ما حوله وسلوك الالتصاق هذا ( Attachment ) يمكن أن يشمل



عدم القلق عندما يواجه الطفل بشخص غريب أو إبداء استجابات وجدانية غير مناسبة أو الالتصاق بالغريب الذي ينبئ عن وجود سلوك التصاقى محمل بالقلق . وبعد سن الثالثة ، تصبح ملاحظة سلوك الالتصاق أصعب ، ولكن المشاكل قد تستمر بسبب ضعف الالتصاق في الطفولة المبكرة .

والانطواء على الذات ( التوحد Autism ) يظهر في الطفولة المبكرة ويمكن تمييزه بسبب وجود اضطرابات في الكلام واللغة ، وكذلك لوجود نقص شديد في قدرة الطفل على بناء علاقات اجتماعية ، كما أنه يشمل سلوكا قهريا له طقوس ، وتفسر النظريات الحديثة حدوث هذا المرض على أساس بيولوجي ، أما الذهان التفككي فلا يظهر في تلك المرحلة المبكرة من العمر مثل ما يحدث مع الانطواء على الذات وهو مرتبط دائما باضطراب عضوي في الدماغ .

## المتلازمات المرضية النفسية الشائعة في الطفولة

### اضطرابات السلوك

هناك عدد من التعريفات لاضطرابات السلوك ، وكلها تشير إلى طبيعة المرض المعادية للمجتمع ، وتتميز هذه الاضطرابات بأنواع من السلوك منها السرقة والكذب المستمر والتغيب والفرار والعدوانية والنشوز ( عدم الطاعة ) وقد تكون العدوانية مشكلة أقل حدوثا بين البنات ولكننا نجد أن التغيب عن المنزل وتناول كميات كبيرة من العقاقير والتسيب الجنسي ( Promiscuity ) تكثر بين البنات ( في المجتمعات الغربية بالطبع : المراجع ) .

والعوامل الداخلة في إحداث المرض النفسي متعددة ويمكن تقسيمها ببساطة إلى أسباب عائلية - وأسباب ذاتية عند الطفل نفسه ، وأسباب بيئية واجتماعية .

### الأسباب العائلية

وهي الترابط الضعيف في السن المبكر ، والتعامل المتفاوت الدرجات والاتجاهات ونقص التحكم الأسري والتنافر بين الزوجين ، ووجود عائل مفرد في العائلة ( أب فقط أو أم فقط ) .



## العوامل الذاتية في الطفل نفسه

وتشمل الأنماط المزاجية الصعبة ، ووجود أمراض جسمية مثل التلف الدماغى أو قصور النمو أو الصرع .

## العوامل البيئية

وتشمل التأثير الثقافى على دور الوالدين والمدرسة التى يؤمها الطفل والنقائص الاجتماعية التى قد تؤثر على مستوى السلوك المعادى للمجتمع ويختلف مآل الحالة بين طفل وآخر ، ولكنه يسوء فى الأطفال الذين يعانون من أعراض شديدة ومستمرة ، ومثل هؤلاء الأطفال يصعب علاجهم وهم ميالون إلى إقامة علاقات ضعيفة مع البالغين ، ويستمرّون على إبداء السلوك الإجرامى أو المعادى للمجتمع ، ويشيع بينهم المرض النفسى فى مرحلة البلوغ بنسبة أعلى من المتوسط.

## الاضطرابات الانفعالية

تتميز الاضطرابات الانفعالية عند الأطفال بوجود القلق والخوف والتعاسة والبؤس وهى تشبه العُصاب عند البالغين إلى حد ما ، إلا أن المتلازمات الاكلينيكية المعروفة لا تتميز بعضها عن بعض ، ومآل الحالة جيد مع ميل قليل إلى استمرار الأعراض فى سن النضج ، والقلق أحد الأعراض كثيرة الانتشار عند هؤلاء الأطفال ، والسبب الشائع للقلق فى سن الطفولة المتوسطة هو الخوف من فقد الوالدين ، ويمكن أن ننظر إلى هذا العرض فى ضوء ديناميكية العلاقة الأسرية ، أي العلاقات المتبادلة بين أفراد العائلة ، ونمط التفاعل المحتمل حدوثه هو القلق بسبب الفراق من ناحية الطفل أو الاهتمام الزائد من ناحية الوالدين .

ويهدف العلاج غالبا إلى إيجاد مسافة مناسبة بين الطفل ووالديه ، وقلق الفراق هو أكثر العوامل أهمية فى مشكلة رفض المدرسة بالمقارنة بالأسباب الكامنة فى المدرسة نفسها ، إلا أنه عندما نقرر ذلك فيجب ألا ننسى أن هؤلاء الأطفال قد يجدون صعوبة فى التكيف مع متطلبات المدرسة وقد يصعب تشخيص الاكتئاب فى الطفولة وقد تم وضع استبيانات للرأي تساعد على الوصول إلى هذا التشخيص ، وإذا قابلنا أعراضا جسمية فقد يجدى فى علاجها جرعات صغيرة من العقاقير المبهجة ( المضادة للاكتئاب ) إلا أنه فى معظم الحالات يهدف العلاج إلى إزالة الأسباب المؤدية إلى بؤس الطفل وتعاسته ويكون فى ذلك الكفاية ومن الناحية العلمية يندر استخدام العقاقير ، وقد يحتاج العلاج أحيانا إلى مساعدة الطفل على

التأقلم مع مصادر معاناته مثل الضغوط المدرسية أو انفصال الوالدين ، وقد يشمل هذا المدخل الفردي أو قد يحتاج إلى علاج العائلة ، وهذا هو الأغلب عندما يسود العائلة جو من الحزن وكثيراً ما يؤدي " إيذاء الأطفال " Child abuse إلى حدوث اضطرابات انفعالية ، وسنناقش ذلك فيما بعد .

## اضطرابات النمو

### مشاكل الإخراج

سلس البول (Enuresis) : سلس البول الأولي كثير الحدوث وهو اضطراب في النمو ينشأ عن ببطء النضج في الجهاز العصبي ، وكثيراً ما نجد حالات أخرى شبيهة في العائلة ، وأنجح طرق العلاج هي طريقة استخدام "منبه السلس" (Enuresis alarm)

وقد تحدث اضطرابات نفسية ثانوية ، إذا ما نظر الوالدان إلى الطفل نظرة احتقار أو إذا ما بالغوا في عقابه ، ولا يحتاج التبول الليلي في حد ذاته إلى تدخل من ناحية الطبيب النفسي .

التبرز اللاإرادي (Encopresis) : إذا استمر التبرز دون تحكم إلى ما بعد سن الرابعة احتاج هذا الأمر إلى تدخل طبي نفسي ، ويمكن تقسيم هذا العرض إلى " تبرز احتجائي " والمعتاد أن نجده يحدث في ظل علاقة مضطربة بين الطفل ووالديه ، إذا ما استبعدنا سوء التدريب على التحكم في عمليات الإخراج ، ويمكن التمييز بين هذين السببين إذا ما اعتمدنا على أخذ تاريخ مرضي دقيق ، فالتدريب الناقص تصاحبه عموماً مظاهر أخرى لسوء التربية من ناحية الوالدين ، بينما نكتشف العلاقة بين الطفل ووالديه عن طريق وصف الوالدين لسلوك الطفل ، فقد يعتبران هذا السلوك عملاً عدوانياً موجهاً إليهما ، ويعتمد العلاج على نوع هذا التبرز اللاإرادي ، وعلى مدى رسوخه وعلى العوامل المسؤولة عن حدوثه . وأنواع التدخل العلاجي التي يمكن أن تأتي بنتيجة هي تقنيات سلوكية تشمل استخدام الإثابة على حسن استخدام دورة المياه ، وعلاج العائلة الذي يهدف إلى تغيير أنماط التفاعل العائلي ، والتي تأخذ في اعتبارها ما يهدف إليه هذا السلوك في رأي العائلة ، وما إذا كان قد ترسخ ، وفي هذه الحالة قد نلجأ إلى العلاج النفسي الفردي وقد نحتاج أحياناً إلى علاج الطفل في المستشفى عند فشل العلاج في العيادة الخارجية ويختلف مآل الحالة تبعاً لنوع التبرز اللاإرادي وشدته ولكن معظم الحالات تختفي في منتصف العقد الثاني من العمر .



## مشكلات النمو الاخرى

مشكلات النمو الأخرى التي تقابلنا في مجال الطب النفسي للأطفال تشمل صعوبات التعلم ذات المعالم المحددة ، واضطرابات الكلام واللغة ، وفرط الحركة . ويكثر حدوث فرط الحركة في الأطفال وقد يعود إلى عدة أسباب مثل القلق وضعف تحكم الوالدين والإحباط ، وهناك أيضا " متلازمة فرط الحركة " الحقيقية ويكون فرط الحركة فيها شاذاً عن المألوف ويصاحبه تشتت الانتباه والاندفاع في السلوك وهذه المتلازمة نادرة الحدوث ، وقد تبين الأمريكيون وجود متلازمة أسموها " اضطراب نقص الانتباه " وتشمل تشتت الانتباه وقصر مدة الانتباه المركز والاندفاعية في السلوك مع فرط الحركة أو بدونها ، ومن المهم أن نتأمل بدقة ذلك السلوك الذي يشكو منه الوالدان ، إذ أنهما قد يصفان ابنهما بأنه مفرط الحركة إذا ما كان يعصاهما وينفلت من تحكمهما فيه .

## المراهقة

المراهقة هي مرحلة انتقالية يمر فيها الفرد من الطفولة إلى مرحلة النضج ، ولهذا فهي مرحلة هامة من مراحل النمو النفسي قد تحدث فيها أعاصير انفعالية لا تعصف بالفرد نفسه فحسب ، بل وقد تمثل فترة زمانية هامة في حياة الأسرة التي يجب عليها أن تناقش كيفية الفطام العاطفي لأحد أفرادها . ويجب على المراهق أيضا أن يتأقلم مع التغيرات الجسدية المصاحبة للبلوغ ، فقد تكون هذه التغيرات في حدا ذاتها مصدراً ذا شأن للضيق النفسي ، وقد بينت الدراسات المسحية - التي طلبت من المراهقين أن يصفوا مشاعرهم - أن المراهقة مرحلة من العصف الانفعالي بالنسبة لأكثر المراهقين والاضطرابات التي تظهر في سن المراهقة يمكن تقسيمها ببساطة إلى اضطرابات متبقية من الطفولة ، واضطرابات النضج الآخذة في النشوء ، والاضطرابات المتعلقة بضغوط البلوغ والمراهقة نفسها .

وهذه بعض الملاحظات العامة بخصوص الاضطرابات المتعلقة بالبلوغ والمراهقة:

تجب ملاحظة أن فقد الشهية العصبي ( Anorexia nervosa ) هي حالة نراها أساسا بين المراهقات وسيأتي وصفها فيما بعد ، وقد دارت مناقشات كثيرة حول ما إذا كان العصيان مجرد سلوك طبيعي عند المراهقين ، وبينما نجد بعض



الشبان وعائلاتهم يديرون الحوار بينهم في هذه المرحلة الصعبة بسهولة واضحة ، نجد أن بعض الشبان الآخرين يميلون إلى الوصول إلى الحد الأقصى لمدى احتمال عائلاتهم . ويبدو أن نجاح العائلات في إعطاء أبنائهم المثل الحسن في التعامل مع العالم، يعتمد على مدى معاونتهم لأبنائهم المراهقين واحتمالهم ومعاملتهم بمرونة مع ممارسة قدر كاف من الانضباط وتوفير الأمن لهم . وقد يصبح السلوك الذي يتبعه المراهقون مدعاة لضيق كل من يحيط بهم وليس فقط لعائلاتهم ، بل وقد يضيق بهم مدرسوهم ومن يتعامل معهم من المهنيين ، وقد يسبب ذلك أيضا القلق والضيق عند المراهقين أنفسهم ، وقد يشمل هذا السلوك المقلق الهروب من المدرسة والفشل الدراسي والفرار من المنزل وادمان المخدرات والتشرد الجنسي ومحاولة الانتحار وقد يصف مراهقون آخرون ما ينتابهم من مشاعر التعاسة والبؤس ويميلون إلى الانعزال عن عائلاتهم وأصدقائهم .

والمعنيون بهؤلاء المراهقين المشاغبين من الإخصائيين الاجتماعيين أو الأطباء النفسيين ، سوف يحتاجون إلى قدر من المرونة ، كما تحتاج معظم تلك الاضطرابات إلى مدخل علاجي يشمل العائلة بأكملها ( أي أنهم يحتاجون إلى تحليل العلاقات السائدة في العائلة أو ديناميات العلاقات الأسرية ) إذ أن هذه المشاكل تنشأ في نطاق الحياة العائلية .

إلا أنه في بعض الحالات ، قد يحتاج المراهق إلى الخروج من نطاق العائلة لمحاولة التغلب على صعوباته ، وهنا قد يناسبه العلاج النفسي الفردي ، ويجب أن نأخذ السلوك الانتحاري عند المراهقين مأخذ الجد ، وقد يؤدي هذا السلوك إلى حدوث أزمة عائلية فقد ينشأ عنها تغير حقيقي في العائلة ، كما يجب أن تكون مقابلة العائلة جزءا من الحكم على حالة المراهق الذي يحاول الانتحار .

## الأمراض العقلية

فصام الطفولة نادر جداً ، وله نفس الأعراض التي نجدها عند الفصامين من البالغين ويكثر حدوث الفصام نوعا ما بعد فترة البلوغ ، حيث نجد أن صورته الإكلينيكية أكثر شبهاً بالفصام عند الكبار ، وتشخيص الفصام تشخيصا دقيقاً له أهميته بسبب ما يترتب عليه من معقبات ، فالتداوي بالعقاقير هو الجزء الأساسي في هذه الأنواع من المرض النفسي ، ولكن العائلة يمكنها توفير الدعم النفسي والإحساس بالأمن وهذا أمر يجب ألا يُنسى ، والحق أن بعض السلوكيات العائلية

تمثل عاملاً قوياً في الوقاية من الانتكاس عند مرضى الفصام له أثره الشبيه بأثر عقاقير الفينوثيازين .

## إيذاء الأطفال

تحت هذا العنوان نذكر استغلال الأطفال جسدياً عن طريق الضرب والدق والحرق وغير ذلك من الإساءات الجسمية ، كما نذكر أيضاً الاستغلال الجنسي الذي تطبق عليه نفس المبادئ .

ومتلازمة الطفل المدقوق (Battered baby syndrome) ( أي المضروب مراراً بجسم صلب ) وصفها لأول مرة سنة 1868 أستاذ طب شرعي في باريس ، ولكنها لم تصبح مقبولة من الأطباء إلا في سنة 1960 . وكثير من الإصابات التي أرجعت يوماً إلى تغيرات مرضية مثل الكساح اتضح أيضاً أنها لم تكن إلا نتيجة الإيذاء البدني المتكرر . وعادة يكون المعتدي هو أحد الوالدين .

وبالمثل نجد أن الإيذاء الجنسي يحظى بوعي كبير من حيث طبيعة المشكلة ومداها ، إلا أن الاعتراف بحجم المشكلة لا يزال يلقي مقاومة كبيرة .

ويبقى الناس على تبنيهم لمفاهيم خاطئة نحو الإيذاء ، فهم يحسبون أن الفقراء فقط هم الذين يمارسون هذا الإيذاء ، إلا أنه لا يراعي تلك الحواجز الطبقيّة ، كما يظن الكثيرون أن الآباء المؤذنين ما هم إلا شاذون أو مصابون بأمراض عقلية أو مجرمون أو متخلفون عقلياً وأن كل هذه الصفات غير قابلة للشفاء ، إلا أن هذا الظن لا يصدق إلا على نسبة صغيرة من هؤلاء الآباء فأغلبهم من الأفراد التعمساء الذين يشعرون بالذنب شعوراً يائساً ، مبعثه فشلهم في أن يسلوكوا سلوك الوالدين المحبين لأبنائهم والراغبين في المعاونة والمستجيبين إلى دعوتها .

والمفهوم الخاطيء الثالث هو أن ظاهرة إيذاء الأطفال هي ظاهرة نادرة ، ففي الولايات المتحدة عام 1978 ثبت وجود إيذاء الأطفال بأشكاله المختلفة في 320 حالة من كل مليون فرد من السكان ، وإنا لنعلم الآن أن هذه النسبة لا تمثل إلا مجرد جزء من كل ، وفي بريطانيا نجد موقفاً مشابهاً مع تبين الحالات في مرحلة مبكرة تستجيب للعلاج بشكل أفضل والطفل موضع الإيذاء ينشأ ليكون هو مصدر إيذاء عادة ، إلا إذا حدث ما يمنع ذلك بشكل مناسب وقد بين " روث وهنري كمب " Ruth & Henry Kempe في دراستهما عن إيذاء الأطفال أن أربعة أفراد من كل خمسة ممن يؤذون الأطفال يمكن علاجهم وأن 10٪ فقط لا يمكن مساعدتهم



بأي علاج ، ويشمل أولئك مرضى العقول والمعوقين عقليا وأعداء المجتمع (السيكوباتيين) .

وقد ابتكرا طريقة للتنبؤ بوجود المؤذين للأطفال في مراحل تكوينهم المبكرة ، عندما لاحظا اتجاه الوالدين نحو أبنائهم فور ولادتهم بالإضافة إلى استجابات الآباء عند ولادة أبنائهم ، كما أنهما وصفا قائمة ملاحظة لخصائص في خلفية هؤلاء الآباء يمكننا عن طريقها أن نرجح وجود احتمال كبير لقيامهم بإيذاء الأطفال فيما بعد ، وهما يريان أن هذا المدخل يساعد على تقديم المساعدة في مثل هذه المواقف في الوقت الأمثل .

ويشمل العلاج مزيجاً من الوسائل الطبية والتدخل لفك الأزمات وتقديم المعونة من لدن أشخاص متطوعين من غير الإخصائيين ، وفي كل حالات إيذاء الأطفال ، يجب توفير تآزر حميم بين الطبيب النفسي والإخصائي الاجتماعي وهما المعنيان الأساسيان بمثل هذه الحالات وقد يتراوح الإيذاء الجنسي من كشف العورة إلى العملية الجنسية الكاملة ، وعدم وجود براهين جسمية على حدوث الإيذاء الجنسي لا تعني أن هذا الإيذاء الجنسي لم يحدث ولا أن ضرره سيكون أهون بالنسبة للضحية ، وكلما سمحنا للإيذاء بالاستمرار لمدة أطول ، كلما زاد الضرر النفسي .

وضحايا الإيذاء يعرفون من آذاهم ، ونادراً ما يكذب الأطفال بالنسبة لحدوث الإيذاء ، ولذا فالواجب أن نأخذ أقوالهم مأخذ الجد ، وإذا ما سحب الطفل اتهامه فيما بعد فلا يعني هذا أن الإيذاء لم يحدث ، وإذا اتبعنا مدخلا متعدد الاتجاهات يتميز بالإحساس المرهف ويحظى بتفكير متند فإننا نتجنب بذلك هذه الأفكار ، ونسبة الإناث في هذا المجال أكبر من نسبة الذكور ، ولو أن الصورة أخذة في التغير فكثير من الأولاد قد بدأوا الآن يتكلمون عن تعرضهم للإيذاء .

والأطفال الذين يتعرضون للإيذاء تظهر عليهم إما علامات جسدية مثل خدوش المهبل أو الكدمات أو تهيج الأنسجة أو الالتهاب المزمن لمجرى البول وإما يتغير سلوكهم بشكل ما ، فيصبحون أكثر التصاقاً بمن حولهم أو يصبحون سريعى البكاء ، يكتمون سراً ما ويحزنهم الكشف على أجسادهم ويتقلب مزاجهم الانفعالي بسهولة ، وقد يظهرون وعياً مبكراً بالأمور الجنسية ، وقد يدور لعبهم حول النشاط الجنسي ، وبعض من يتعرض للإيذاء من الأطفال يمارسون سلوكاً مثيراً للشهوة الجنسية مما يعرضهم إلى مخاطر جنسية أخرى .



ويجب أن يحذر الطبيب الممارس الوقوع في خطأ قبول الجدل الذي يقدمه من يؤدي الأطفال دفاعاً عن أنفسهم بقولهم أن الأطفال أنفسهم هم الذين حرصوهم على ما أقدموا عليه من اعتداء جنسي وأن الأطفال قد تمتعوا بهذا الاعتداء ، ويجب أن يتذكر الأطباء دوماً أن المعتدين من البالغين قد خانوا الثقة التي أعطيت لهم كما خانوا واجب الولاية التي أعطيت لهم بالنسبة لهؤلاء الأطفال الأحداث ، وأنهم استغلوا ضعف الأطفال جسدياً أو استغلوا ثقة الأطفال فيمن يكبرهم سناً .

وإعادة تأهيل الشخص المعتدي كي يعود إلى أداء دوره السوي في مجال العائلة إذا ما كان هو الأب مثلاً - لا تنجح إلا إذا اعترف ذلك المعتدي بذنبه ، وقد يصبح هذا الاعتراف مجرد بداية لإعادة ترتيب توازن القوى في داخل الأسرة ، وعلى العموم فإن تقوية الروابط بين الطفل وأمه يجب أن تتم قبل البدء في إعادة التأهيل .

والى الآن لم يلق علاج المعتدين جنسياً إلا نجاحاً ضئيلاً ، وكثيراً ما يكون التشخيص بالغ الصعوبة ، كما يصعب تقدير مدى ما أصاب الطفل من أذى ولكن تجاهل المشكلة خوفاً من الوقوع في الخطأ أو تدمير كيان الأسرة يؤدي إلى قدر أكبر من الشقاء على المدى البعيد . ويقرر " كمب وكمب 1978 " أن الفشل في علاج ضحايا الإيذاء له معقبات اجتماعية أخطر من الفشل في عقاب المعتدين .

## مراجع

- Kempe, R. S. & Kempe, C. H. (1978) *Child Abuse*. Fortuna, London.  
 Richman, N., Stevenson, J. & Graham, P. (1978) Prevalence of behaviour problems in 3 year old children: an epidemiological study in a London borough. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 16, 222-87.  
 Rutter, M. (1988) *Developmental Psychiatry*. Cambridge University Press, Cambridge.

## قراءات مستقبلية

- Bentovim, A. et al. (1988) *Child Sexual Abuse: Assessment and Treatment*. John Wright, Bristol.  
 Erikson, E. (1967) *Childhood and Society*. Pelican, London.  
 Rutter, M. (1977) *Helping Troubled Children*. Pelican, London.  
 Winnicott, D. W. (1970) *The Child, the Family and the Outside World*. Pelican, London.  
 Wolff, S. (1971) *Children Under Stress*. Penguin, London.

\*\*\*\*\*

## الفصل العاشر

### مشاكل التغذية

#### مقدمة

تشمل مشاكل التغذية فقد الشهية العصبي ( القهم ) Anorexia nervosa والشره ( الضور ) Bulimia ، وقد تم أول وصف لفقد الشهية العصبي سنة 1649 على يد " ريتشارد مورتون " ، والذي أسماه " بالسُّلال العصبي " Nervous Consumption ، ثم وصف هذا المرض فيما بعد بتفاصيل أدق على يد السير " وليام جل " William Gull في أواخر القرن التاسع عشر ، وقد أصبحت مشاكل التغذية أكثر انتشارا ، وقرر بعض الباحثين أن من 50٪ إلى 60٪ من المراهقات تظهر عليهن علامات واحدة أو أخرى من مشاكل التغذية .

وبين سنتي 1950، 1970 ارتفعت نسبة معدل حدوث تلك المشاكل في سويسرا من 0.38 إلى 1.12 في كل عشرة آلاف من السكان ، وفي بريطانيا حدد "كريسب" وزملاؤه Crisp عام 1976 مدى انتشار فقد الشهية العصبي في المدارس الخاصة الإنجليزية بمقدار 1٪ وتكون الإناث تقريبا 90٪ من المصابين بفقد الشهية العصبي أو الشره وهن ينتمين عادة إلى الطبقة الوسطى في المجتمع .

#### المظاهر الإكلينيكية

من المعتاد مناقشة فقد الشهية العصبي والشره كلا على حدة ، ولكن يجب أن نتبين أن الحالتين تظهران معا فبعض المصابين بالشره يدلون في تاريخهم المرضي بإصابتهم سابقا بفقد الشهية كما ينتقل آخرون من الشره إلى فقد الشهية الدائم .

ويبدأ فقد الشهية العصبي عادة في البنات أثناء العقد الثاني من العمر ، ويكون ممن يخشين زيادة الوزن ، ويؤدي ذلك إلى اتباع نظام غذائي لإنقاص الوزن وذلك باستخدام المسهلات ورفض تناول الطعام ، ومما يدعو إلى العجب أنه بالرغم من استخدام مصطلح فقد الشهية ، إلا أن معظم المريضات يتمتعن بشهية طبيعية تماما للطعام ، وكل ما هنالك هو أنهن يخشين تناول الطعام .



ولاشك في أن المؤثرات الثقافية لها أهمية عظمى مع التركيز الحالي على إنقاص الوزن الذي يمكن أن يتحول بسهولة إلى حالة مرضية ، ومن المحتمل أن معظم الشباب يشغلن بالهن بالتحكم في وزن الجسم بدرجة مفرطة ، فإذا كن مهيات للمرض أو كن غير ناضجات فقد يصيبهن مرض " فقد الشهية العصبي " .

والمحكات التي يمكننا على أساسها تشخيص مرض فقد الشهية العصبي تشمل الملامح الآتية :

1- رفض الاحتفاظ بوزن أدنى للجسم أو إنقاص الوزن الذي يؤدي إلى فقد الوزن بنسبة 15٪ من الوزن المتوقع .

2- خوف شديد من البدانة أو من الظهور بهذا المظهر ولو كن ظاهرات النحافة.

3- اضطراب نظرتهم إلى شكل الجسم ويمكن بيان ذلك باستخدام مقياس بسيط للمقارنة .

4- توقف الطمث عن الإناث لمدة لا تقل عن ثلاثة أشهر .

وفقد الشهية العصبي مرض يهدد الحياة ونسبة الوفيات المعتادة في هذه الحالات قد تصل من 5٪ إلى 10٪ ، ولكن لوحظت نسبة أعلى للوفاة في السويد ، وقد يصاب المرضى بانخفاض خطر في نسبة البوتاسيوم في الدم ، ويحتاجون إلى علاج بزرق السوائل في الوريد في المستشفى برغم أن الحالات التي تصل إلى هذه الدرجة من الخطورة ليست منتشرة .

والمضاعفات التي تنشأ عن فقد الشهية العصبي هي ببساطة تلك التي تنشأ عن المجاعة أو الحرمان من الطعام بما في ذلك فقر الدم وانخفاض ضغط الدم واضطراب إيقاع القلب وحصوات الكلى وتخلخل العظام .

ويشمل التشخيص التفريقي لهذا المرض استبعاد الأمراض التي تؤدي إلى فقد الوزن مثل التدرن والسرطان وقصور الغدة النخامية ، والأمراض النفسية التي تشبه فقد الشهية تشمل الفصام والاكتئاب وعصاب الوسوسة .

ويحدث مرض الشره عادة في مرحلة متأخرة من فقد الشهية ويتميز بما يلي:

1- نوبات متكررة من النهم حيث يستهلك الشخص كميات هائلة من الطعام في فترة زمنية قصيرة نسبياً .

2- الخوف من فقد القدرة على التوقف عن الأكل أثناء نوبات النهم .



- 3- إحداث القيء ذاتيا واستخدام المليينات ومدرات البول أو التمارين الرياضية القاسية ... إلخ لتجنب زيادة الوزن .
- 4- حدوث نوبتين من النهم كل أسبوع على الأقل لمدة ثلاثة أشهر .
- 5- الانشغال الدائم بشكل الجسم ووزنه .

ومن العلامات الجسدية المفيدة للتشخيص وجود تسحجات على اليدين بسبب محاولات إحداث القيء ( ما يسمى بعلامة "راسل" Russel Sign ) .

## العلاج

يصعب علاج حالات فقد الشهية العصبي ، وقد فضل الكثيرون في الماضي العلاج النفسي ، ولكن مراجعة طرق العلاج دلت على أنه من المحتمل أن أنجح سبل العلاج هو الاعتراف بأن المريضة سوف تنتكس وستحتاج إلى إدخالها المستشفى مراراً حيث تكون المريضة علاقة علاج جيدة مع هيئة التمريض ومع التغذية تحت المراقبة .

وقد استخدمت أيضاً بعض التقنيات السلوكية في علاج هذه الحالات حيث ندخل المريضة إلى غرفة عارية من كل شيء فيما عدا السرير مع حد أدنى من الأثاث ولا تعط المريضة أية مزايا خاصة ، بل نقدم لها قائمة ببعض المميزات مرتبة ترتيباً هرمياً ، وتعطى المريضة إحدى هذه المزايا عندما تقوم بعمل ما مثل السماح لها بتنظيف أسنانها إذا ما تناولت وجبة ، ثم تنتقل تدريجياً إلى المرحلة التي تستطيع عندها استقبال زوارها أو الخروج للنزهة .. إلخ ، وقد يبدو مدهشاً أن يتحمل الناس هذا النظام إلا أنهم يحتملونه فعلاً .

وللعلاج بالعقاقير دور في علاج فقد الشهية ويفضل البعض في هذا المجال استخدام عقار الكلوربرومازين بينما استخدم آخرون بعض المبهجات أو مضادات الاكتئاب من عائلة ثلاثيات الحلقات ، وقد نستخدم أول الأمر جرعات منخفضة ، لأن وزن المريضة يكون منخفضاً جداً .

ومن النادر اللجوء إلى التغذية بالأنبوب ، ولكننا نستطيع تزويد المريضة بثلاثة آلاف سعر كل يوم باستخدام أنبوب أنفي معدي صغير القطر ، دون أن يسبب ذلك قدراً من المضايقة يماثل ما يحدث مع استخدام أنبوب المعدة الذي كان معروفاً في الماضي .

ومرضى الشره يكونون عادة أكبر سناً من مرضى فقد الشهية وهم يطلبون العلاج في مرحلة متأخرة كثيراً عن مرضى فقد الشهية ، وتستخدم في علاج هذه الحالات أيضاً وسائل مختلفة للعلاج ، بما في ذلك العلاج الجماعي وينصب اهتمامنا في العلاج على إعادة تعلم عادات الطعام السوية ، أكثر من أي شيء آخر .

وفي كل مشاكل التغذية تحتاج العائلة إلى اشتراكها في عملية العلاج برغم أن العلاج العائلي مستكمل المدى قد لا يكون ضرورياً ، وكثيراً ما نجد العائلة منكرة لإصابة ابنتها بمرض ما ، وفي حالة مرض فقد الشهية يغلب أن نجد هذه الحالة مصدر إعجاب العائلة بقدرة ابنتها على التحكم في نفسها ، ومما يثير الاهتمام بدرجة كبيرة ، أنه عند تحسن المريضة بفقد الشهية ينتاب الوالدين قدر ملحوظ من الاكتئاب .

ومهما كانت الطرق المستخدمة في العلاج ، فيجب أن يتبين الطبيب النفسي ميل الحالة إلى الانتكاس والإزمان ، وأن يكون مهيناً لإدخال المريض إلى المستشفى مراراً ، وعلى العموم فإننا لا نوصي بعلاج الحالات الشديدة في العيادات الخارجية فحسب خبرتنا نجد أن مفتاح النجاح يكون في يد هيئة التمريض إلى درجة كبيرة ، إذا ما كن يعملن في وحدة متخصصة ويتحلين بالصبر والتحمل اللازمين للتعامل مع مجموعة من المرضى بالغة الصعوبة ، مع الإبقاء على علاقة جيدة معهم ، وقد يفيدنا في المستقبل إجراء دراسة طويلة المظهر لراقصات الباليه والأبطال الرياضيين والنماذج التي يرسمها المصورون على مر الزمن . على فهم كنه " فقد الشهية العصبي " .

## مراجع

Crisp, A. H., Palmer, R. L. & Kalucy, R. S. (1976) How common is anorexia nervosa?: a prevalence study. *British Journal of Psychiatry*, 128, 549-54.

## قراءات مستقبلية

Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1982) *Anorexia Nervosa: a Multidimensional Perspective*. Brunner-Mazel, New York.

Russell, G. F. M. (1977) Editorial: the present status of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 7, 363-7.

Russell, G. F. M. (1979) Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429.

\*\*\*\*\*



## الفصل الحادي عشر

### الأمراض النفسية في الشيخوخة

#### مقدمة

إذا كان الصبا والمراهقة مرحلتين للنمو العاطفي والنضج والدوامات النفسية، فإن كبر السن من الناحية النفسية كذلك هو وقت اهتزاز الاستقرار النفسي نسبياً، وعلى كل فهذه الهزة كثيراً ما تكون ظاهرية أكثر من كونها حقيقية ، ويجب تبين أن كبر السن كثيراً ما يسبب صعوبات نفسية ، وبالإضافة إلى ذلك نجد أن كبار السن يواجهون مشكلات جسدية واجتماعية خاصة .

فعندما يصبح الشخص مسناً تظهر عليه مظاهر ومخاطر الشيخوخة فيفقد الجلد والمفاصل مرونتهم ، ويصبح الشيوخ معرضين لاضطرابات القلب والدورة الدموية الشائعة والتي تمثل ملمحاً مهماً لسقام فئة الشيوخ بين الستين والسبعين ، ومن سوء الحظ أنه عند هذه المرحلة من العمر يعتري الشخص عادة تغيراً اجتماعياً ضخماً ، مثل المعاش أو الترميل ، ولذلك فهناك مصادر واضحة للإجهاد النفسي في الشيخوخة نعددها فيما يلي :

- 1- تدهور الصحة الجسمية ، ارتفاع ضغط الدم - أمراض القلب الوعائية والتهابات الشعب الرئوية المزمنة .
- 2- الفقر .
- 3- الوحدة .
- 4- فقد رفيق الحياة .
- 5- تغير الدور الاجتماعي في مجتمع تنافسي .
- 6- نقص التغذية .

والنقيصة النفسية الخاصة بكبار السن هي فقد المرونة ، فبين الشيوخ تكون سمات الشخصية قد ترسخت وأصبحت أنماط السلوك ثابتة نسبياً ، فمن المعتاد أن نجد أن تصلب وجهات النظر والمشااعر جزءاً من المظاهر الطبيعية للشيخوخة ولهذا



فمن الضروري دائماً أن نتذكر ذلك عند قياسنا للحالة العقلية للمسن المفترض إصابته بالمرض ، فقد يكون من الطبيعي أن نواجه بعض العناد والتمسك بالمواقف فإذا كان الطبيب متحيزاً في تفكيره أو تنقصه خبرة الملاحظة الحكيمة فقد يعطي لهذه الخصائص أهمية أكبر من حقيقتها .

ومن الأخطاء الشائعة افتراض حدوث نقص في الذكاء مع تقدم العمر ، فالقياسات الحالية للذكاء تؤكد حدوث تعلم جديد على حساب الخبرة مما يصعب جداً قياسها ، كما أنها تكون ذات طبيعة متنوعة - وبذلك يعطينا القياس النفسي دليلاً على تمييز الذكاء " الأفقي " مع انخفاض في الذكاء الرأسى ، والحق أن هذا الذكاء الطولى أو الرأسى ينتابه نقص مع التقدم الطبيعى في العمر ولكنه غير ذي دلالة إحصائية ، وهذا على العكس من التعلم الجديد ، وهو جزء غير هام نسبياً بالنسبة لذكاء الشخص المثقف الخبير .

## المتلازمات الذهانية

مما ذكرنا سابقاً يتضح أن المظاهر الخاصة للمتلازمات الذهانية عند كبار السن لها علاقة بثبات شخصية المريض وأن قدرته على التغير محدودة ومن ثم يكون تفاعله في موقف ما أكثر مما كان يحدث لو كان الشخص أصغر بعشرين سنة مثلاً .

## الاضطرابات الوجدانية

هذه الاضطرابات هي مجموعة الأمراض الأجدر باهتمامنا لأن حالات الاكتئاب ( الملانخوليا المرضية ) قابلة للشفاء تماماً ، ولهذا فهناك أهمية مزدوجة لعدم إهمالنا في تشخيص الاكتئاب عند كبار السن . ومن السهل الخطأ في تشخيص الاكتئاب المزمن المصحوب ببلادة الانفعال ونفترض أن الشخص كبير السن يعاني فقط من الوحدة لأنه يعيش وحيداً في حقيقة الأمر ، ثم لا نتبين أنه مكتئب ، وعلى كل حال فيمكن ملاحظة الاكتئاب للأسباب التالية :

- 1- حالة انفعالية تتميز بالاكتئاب العميق .
- 2- درجة ملحوظة من التهيج .
- 3- إحساس شديد بالذنب ولوم الذات يصل إلى درجة الضلالات .

وهذا النوع من المرض الوجداني لا يصعب تشخيصه ، وعلى كل فدرجات الاكتئاب الأخف قد لا يسهل تشخيصها ، ولهذا فالواجب أن نبحت دائماً عن مظاهر التبلد العاطفي أو المراق أو انعدام المبادرة واضطرابات النوم التي تصاحب الاكتئاب .

## التهيج بسبب الهوس تحت الحاد

لا يندر أن يحدث هذا عند كبار السن ولكن الحالة تميل إلى الاستمرار وقد لا يلاحظها أحد إذا لم تكن شديدة ، فنجد مثلاً رجلاً في الثمانين من عمره يسبب مشكلة في عنبر أمراض الشيخوخة بسبب سلوكه المتميز بالتدخل في شؤون الآخرين وبعدم استقراره في مكان واحد كما وصف بأنه يسرق ويسيء السلوك ، ثم يتبين من فحصه أنه يمثل صورة نموذجية من الهياج المصاحب للهوس تحت الحاد مع الانسراح وبعض أفكار العظمة ، ثم يختفي كل هذا مع العلاج الدائم .

## العلاج

العقاقير المبهجة هي العلاج المختار ، ولو أن كبار السن إذا ما أصابهم اكتئاب شديد يتحسنون تحسناً جيداً عند علاجهم بالصدمات الكهربائية ، بشرط أن تحتمل حالتهم الجسدية هذا النوع من العلاج .

وأكثر العقاقير الهامة استخداماً في حالة كبار السن هما عقار الإمبرامين ، والأميتريبتالين. ويجب اتخاذ الحذر عند بدء العلاج بهذه العقاقير إذ أن الجرعة المبدئية المعتادة وهي 25 مجم ثلاث مرات يومياً قد تسبب حالة من الهياج ، أو في حالة عقار الأميتريبتالين قد يحدث ميل شديد للنوم ولهذا فالواجب البدء بجرعة 10 مجم ثلاث مرات يومياً .

## الذهان الخيالي Paranoid Psychosis

يكثر حدوث التفاعلات الخيالية بين كبار السن ، وقد يصيب المريض مرض حاد يصبح فيه الهياج وأفكار الاضطهاد واضحة وفي كثير من الحالات نجد الصورة الإكلينيكية مصطبغة بصبغة وجدانية قوية في حين نجد في حالات أخرى دلالات على وجود اضطرابات عضوية ، وضعف الحس مثل ضعف السمع قد يسهم أيضاً في إحداث هذه المشكلة ، ومهما كان السبب فالمهم أن نتبين أن هذه الحالات الحادة لها مآل حسن إذا ما تعاملنا معها بحرص وتعقل .



وهذا التفاعل قد يفجره حدث واضح في حياة المريض مثل الانتقال إلى "بيت المسنين" أو إدخال المريض إلى المستشفى ، ومثل هذا التغير في بيئة المريض قد يكون أكبر من احتمال كبير السن الذي يصبح حينئذ خائفاً كثير الشك يستولى عليه الرعب ، وإذا ما عومل دون قدر كاف من اللياقة - ولو كان ذلك صادراً من أشخاص حسني النية ، فقد ينفجر في شكل هياج ذهاني .

## الأسباب

تحدث الكثير من المتلازمات الخيالية في كبار السن كرد فعل حاد في مواجهة خلفية من اضطراب عضوي للدماغ . ويصاحب هذا في معظم الحالات مرض تصلب شرايين المخ ، أو عته الشيخوخة ، وتصطبغ بعض الحالات الأخرى بأعراض وجدانية ترجع أصلاً إلى اضطراب وجداني وهي تستجيب للعلاج بالعقاقير المبهجة.

كما يجب أن نتذكر دائماً أن كبار السن الذين يعوقهم الصمم أو العمى يصبحون فريسة سهلة لحالات الخيلاء .

وقد يبدأ ذهان الفصام في مرحلة الشيخوخة ، وهو لا يختلف كثيراً عن أنواع الفصام الأخرى .

وأخيراً فقد نجد متلازمة الخيلاء مضافة إلى اضطراب خيالي في الشخصية موجود أصلاً طيلة حياة المريض .

## المتلازمات العضوية

وهذه تشمل حالات الهذيان التي تسود أحيانا حالات الخرف ويكثر حدوث هذه الحالات عند كبار السن ، وليس نادراً أن يحتاج هؤلاء المرضى إلى البقاء في المستشفى في حالة الاضطرابات الحادة ، وعندما يصابون بفقد التوجه أو عدم الاستقرار بشكل واضح .

## الأسباب

الصورة النموذجية للمتلازمات العضوية هي حالة من اختلاط الذهن الحاد مع التحيز وعدم الاستقرار ( التملل ) وعدم ترابط الأفكار والانفعالات وأكثر الأسباب المهيمنة شيوعاً لهذه الحالة هي تصلب الشرايين أو " خرف اختلاط الذهن عند كبار



السن" بسبب أمراض عضوية مثل الذبحة الصدرية ( احتشاء عضلة القلب ) أو التهاب الرئوي الشعبي وفقر الدم والتسمم بالبولينا ، وهذه الأحوال الأربع يجب أن توضع دائما في الاعتبار ، ويمكن استبعادها بسهولة كما يجب إجراء الفحوص المعملية اللازمة لهذا الاستبعاد على أنه إجراء روتيني في حالات كبار السن المصابين باختلاط الذهن .

## اعتبارات عامة

يجب تقديم حالة أي شخص كبير السن يصيبه مرض ذهاني وبحرص كاف وهو في منزله قبل أخذ القرار بشأن تحويله إلى المستشفى ، ويجب ألا يتم هذا التحويل إلا إذا كان هناك داع واضح لذلك ، أي عندما يكون المريض في حاجة إلى علاج أفضل لا يتم إلا في المستشفى . فمن القواعد الأساسية التي يجب مراعاتها هو الحفاظ على مكانة كبار السن في المجتمع . وقد بين " هوايتهد Whitehead " بشكل مقنع فائدة إدخال المريض إلى مستشفى للأمراض العقلية لمدة شهر واحد ثم إرجاعه إلى بيته شهرا آخر ، حتي لو كان المريض يعاني من خرف شديد ، وبالإضافة إلى ذلك فمن الممكن أن يعالج الاضطراب الذهاني بكفاءة تامة في إطار نظام العلاج النهاري بالمستشفى ، أو في مراكز الرعاية النهارية .

ويجب أن يتم فحص الحالة الجسمية للمريض معمليا بعناية ، كما يجب البحث عن الأمراض الشائعة بين كبار السن مثل التهاب الشعبي المزمن وقصور الدورة التاجية وتضخم البروستاتا والتهاب المفاصل لاكتشافها مبكراً وعلاجها العلاج اللازم ولاشك أن هناك بعض كبار السن ممن يحتاجون إلى عناية طويلة المدى في المستشفى مثل المصابين بخرف شديد ، ولكن هؤلاء يجب أن يمثلوا أقلية فحسب ، ويجب الاستفادة بقدر الإمكان من بيوت الإقامة التي تديرها السلطات المحلية لإيواء المرضى المصابين بذهانات الشيخوخة .

والعلاج النفسي أهدافه محدودة عند كبار السن ، إلا أن نتائجه رغما عن ذلك ، كثيراً ما تكون مرضية تماما ، فالتحسن الملحوظ لحالات الاكتئاب الذي لم يكن مشخصا من قبل ، يمكن أن يؤدي إلى تغير في أسلوب حياة المريض .

وللعلاج النفسي المبسط فائدة كبرى أيضا ، ومن السهل التفاوضي عن كبار السن وكثيرا ما يهتمون أو ينتكسون إلى درجة من التبذل البسيط المصحوب بمشاعر الكراهية ، وهنا تجدى المناقشة المبسطة لمشاكلهم والاعتراف بمكانتهم

والوعي بمصاعبهم مع الفهم المتعاطف معهم ، في أن تتحسن أعراضهم تحسناً ملحوظاً .

### قراءات مستقبلية :

- Corsellis, J. A. N. (1962) *Mental Illness and the Ageing Brain*. Maudsley Monograph 9. Oxford University Press, Oxford.
- Guardian*, the (1985) Old Soldiers Never Die. 3/1/85, 14/3/85, 25/10/85.
- Post, F. (1962) *The Significance of Affective Symptoms in old Age*. Maudsley Monography 10. Oxford University Press, Oxford.
- Praag, H. van (1977) Psychotropic drugs in the aged. *Comprehensive Psychiatry*, 18, 429.

\*\*\*\*\*

## الفصل الثاني عشر

### الطب النفسي والقانون

#### قانون الصحة العقلية لسنة 1983

##### خلفية تاريخية

تاريخ العناية بمرضى العقول له قصة حزينة في عمومها ، تتكون أساسا من الإهمال وعدم المبالاة وسوء المعاملة بالرغم من وجود جزء من التقدم في معاملة هؤلاء المرضى ، وقد عمل بعض المصلحين على إيقاف هذه العملية بين وقت وآخر ، كما صدرت قوانين لتنظيم إدارة المستشفيات العقلية للعناية بالمرضى وحماية مخالطهم ، وقد كان الهدف الأساسي لهذه المؤسسات هو عزل المريض ، فإذا ما أدخل مريض إلى المستشفى فلن تكون لديه إلا فرصة ضئيلة للعودة إلى العالم الخارجي إذ أن فرص العلاج الإيجابي المتوفرة آنذاك كانت ضعيفة ، كما أن المجتمع لم يكن يرحب برجوع المريض إليه لاقتناعه بأن المريض خطر على المجتمع وأنه لا أمل هناك في تحسنه .

وقد شهد القرن التاسع عشر تركيزاً على المعاملة الأخلاقية لمرضى العقول ، أي علاج المرضى على أساس إنساني ، وقد تم التوصل إلى قدر كبير من تطوير العناية بالمرضى العقلين مع إيجاد وظائف مهنية لهم ، وإزالة القيود عنهم ، وتشجيع الاتجاه إليهم بموقف مفعم بالأمل .

وبالرغم من ذلك فقد كان القانون معقداً وحتى عام 1890 لم يتحسن الموقف بإصدار قانون الجنون "Lunacy Acts" ، وإذا كان قد حدث أي تغير إلا أن المستشفيات العقلية بقيت على أداء دورها في عزل المرضى عن المجتمع ، إذ أن الدخول التطوعي لهذه المستشفيات كان مستحيلاً ، وقد حدثت خطوة إلى الأمام سنة 1930 بصدور قانون "علاج الأمراض العقلية" الذي مكن المرضى من دخول المستشفى متطوعين ، وفي السنوات العشرين الأخيرة ، وعندما ازدادت معرفتنا بهذه الأمراض وازداد حماسنا لعلاجها أصبح واضحاً أننا نحتاج إلى مجموعة من القوانين تتميز بقدر أكبر من الرحمة .



وقد انتهت هذه الدفعة سنة 1959 بصدر قانون " الصحة العقلية " الذي قدم قدراً عالياً من الممارسة الإنسانية ، وحولت مسألة " الصحة العقلية " بحزم من المجال القانوني إلى المجال الطبي ، وعلى كل فترات محسوسا أن السلطة الأبوية في يد الأطباء كانت أسوأ من الإجراءات القانونية ، خصوصاً من وجهة نظر "منظمات المرضى" ، ثم جاء حل وسط عام 1983 بإصدار قانون الصحة العقلية الذي أوجده قانون لجنة الصحة العقلية الذي فتح المجال أمام الرأي الآخر ورسم مجموعة من الإجراءات للحفاظ على حريات المرضى . وتدور حالياً مناقشات للسماح بالعلاج الإجباري في نطاق المجتمع .

## قانون الصحة العقلية لسنة 1983

هذا القانون شامل وهو محور عن قانون 1959 تحويلاً بسيطاً ، وينسخ قوانين الجنون لعام 1890 ، وقانون العلاج العقلي لسنة 1930 ، وأهم السمات العامة لقانوني 1958 ، 1983 الآتي :

- 1- انتقل تنظيم مستشفيات الأمراض العقلية وبيوت التمريض العقلية من لجنة التنظيم إلى الخدمات الصحية القومية ( صدر 1959 ) .
  - 2- تشجيع إدخال المرضى إلى المستشفيات دون إجراءات رسمية ( 1956 ) .
  - 3- أصبح الإدخال الجبري للمرضى في المستشفيات قائماً على أساس إكلينيكي أكثر من اعتماده على أسس رسمية مخيفة ( 1959 ) .
  - 4- حدد الدور الذي تقوم به السلطات في تقديم الخدمة في مجال الصحة العقلية ( 1959 ) .
  - 5- استحدث قانون بتشكيل لجنة للصحة العقلية تقوم بالتفتيش على المستشفيات والاستماع إلى شكاوي المرضى وتعيين من يستطيع إعطاء الرأي الآخر حول الحالات الموجودة في المستشفيات ( 1983 ) .
- وينقسم القانون إلى عشرة أجزاء :

### الجزء الأول

يقرر تطبيق القانون وتحديد معنى الاضطراب العقلي ، ويشمل الأمراض العقلية ، والنقص العقلي ( الذي كان معروفاً باسم الإعاقة العقلية ) والاضطرابات

السيكوباتية أما الانحراف الجنسي والخروج على الأخلاقيات ( الفعل القاضح ) وإدمان الكحول أو العقاقير الأخرى فقد استبعدت كأسباب لتطبيق القانون .

### الجزء الثاني

يناقش الإدخال الجبري في المستشفيات ومسألة الوصاية .

### الجزء الثالث

يناقش شئون المرضى المتهمين بارتكاب الجنايات أو المحكوم عليهم بالعقوبات .

### الجزء الرابع

ويناقش الإقرار بقبول العلاج فبعض طرق العلاج الموسومة بالخطر ( مثل العلاج بالصدمات الكهربائية ) تحتاج إلى إقرار المريض أو وجود رأي طبي آخر مستقل يتفق مع الرأي الأول ، وبعض طرق العلاج المعروفة بإحداث آثار جانبية مثل الجراحات العصبية التي تحتاج إلى إقرار من المريض مع موافقة رأي طبي آخر .

### الجزء الخامس

ويناقش دور محكمة الاستئناف للصحة العقلية ، حيث يمكن للمريض أن يعترض على حجزه وأن يسمع هو نفسه أو يوكل عنه قانونا من يمثله في تلك المحاكمة والطبيب المسؤول يمكن أن يطالب بالإدلاء ببراهين إلى هيئة المحكمة ويمكن للمحكمة أن تشير بإخراج المريض من المستشفى .

### الجزء السادس

ويهتم بإخراج أو إعادة المرضى في نطاق أحكام قانونية مختلفة ( مثل انجلترا واسكتلنده وأيرلندا ) .

### الجزء السابع

يحدد كيفية التصرف في ممتلكات المريض وشؤونه المختلفة .

## الجزء الثامن

يعطي حقوقاً للإخصائيين الاجتماعيين المدربين تدريباً خاصاً والمُعترف بكفائتهم ويضع قانون الممارسة المهنية ويقرن عمل لجنة قانون الصحة العقلية .

## الجزء التاسع

يناقش التعديلات على القانون .

## الجزء العاشر

ويناقش عدة مواضيع مختلفة

والأقسام الخمسة الأولى من القانون هي أهم الأقسام بالنسبة لطالب الطب .

## القسم الثاني

وينطبق على إدخال المريض لمدة لا تتجاوز 28 يوماً بغرض الملاحظة والعلاج ، وللمريض الحق في التقدم باعتراضه على المحكمة في خلال أربعة عشر يوماً من إدخاله إلى المستشفى .

## القسم الثالث

وينطبق على إدخال المريض للعلاج لمدة تصل إلى ستة أشهر ويمكن أن توقف أحكامه بواسطة أحد أقرباء المرضى من الدرجة الأولى .

وفي القسمين الثاني والثالث نحتاج إلى توصية طبية من طبيبين أحدهما هو الطبيب الممارس الذي يتبعه المريض والآخر يجب أن يكون طبيباً متخصصاً مؤهلاً تبعاً للقسم الثاني عشر من القانون ويجب أن يفحص الأطباء المريض وأن يقتنعوا بأنه يمثل خطراً لنفسه وللآخرين بسبب المرض العقلي ، وإذا كان إدخاله المستشفى قد تم بسبب إصابته باضطراب سيكوباتي فيضاف إلى ما سبق أن يقرر الطبيب المسؤول أن حالة المريض قابلة للعلاج .



## القسم الرابع

ويناقش إدخال المريض المستشفى بصفة طارئة ، بناء على توصية طبية واحدة لمدة 72 ساعة ، وذلك انتظارا لإجراء آخر يتم فيما بعد ويحتاج تطبيق الأقسام 2، 3، 4 تقديم طلب من أحد أقارب المريض حتى الدرجة الثانية أو من إخصائي اجتماعي تدعمه توصية طبية .

## الفصل الخامس

ويعطي حق الإبقاء على مريض أدخل إدخالا طارئاً إلى المستشفى لمدة 72 ساعة أخرى عن طريق الطبيب المسؤول عن المريض ويمكن للمرضة المسؤولة عن المريض أن تتقدم بطلب إبقاء المريض إلى أن يتاح وجود الطبيب وبحد أقصى مدته ست ساعات .

## المسؤولية القانونية عن الجرائم

من المبادئ الراسخة في القانون الانجليزي أن الفرد مسؤول عن أفعاله ، أي أنه يقصد إحداث ما ينتج عن هذه الأفعال ، وبالتالي فهو يعتبر في نظر القانون مسؤولاً عن أفعاله. وفي حالات الجرائم ، يوجد احتمال أكبر للتساؤل عن هذه المسؤولية ، وفي حالة الشخص المصاب بمرض عقلي الذي يرتكب جريمة ، فقد دار جدل استمر عدة سنوات حول ما إذا كانت حالة المريض العقلية تزيل مسؤوليته عن أفعاله ، إلا أن هذا الأمر لم يكن من السهل ترسيخه أمام المحكمة ، إذ أن القانون يعتبر كل شخص عاقلاً ، وأن حالة الجنون تحتاج إلى إثبات ، وقد ظهرت تلك القواعد بعد محاكمة " دانيال مكنوتن " لاتهامه بقتل السكرتير الخاص للسيد " روبرت بيل " وكان مكنوتن يعاني من ضلالات خيالية وأفرج عنه بناء على توجيهات القاضي .

وبناءً على ذلك بلور القانون تلك القواعد كما عرفت منذ ذلك الوقت ، في صورة سلسلة من الأسئلة وجهها إليهم مجلس اللوردات ، وفي الممارسة الفعلية تطلب الأسئلة الإجابة على ما يأتي :

1- فيما يختص بالجريمة : هل يعرف المتهم طبيعة وكيفية ما قام به من أفعال ؟ .

2- فإذا كان يعرف ذلك ، فهل كان يعرف أن ما فعله يعتبر خطأ ؟ والواضح أن المريض إذا كان يعاني من ضلالات فقد يجيب على السؤال الأول بالإيجاب ، أما السؤال الثاني فستكون إجابته بالنفي .

وبالرغم من البساطة الظاهرة لهذه القواعد إلا أنها قد تصبح صعبة التطبيق ولا تؤدي إلا إلى الاعتراف المحدد بنقص المسؤولية ، وقد بقيت هذه القواعد موضع جدل لعدة سنوات في بريطانيا وفي الولايات المتحدة ، وعلى الرغم من ذلك فهذه القواعد لاتزال تستخدم استخداما واسعا كأسئلة عن الجنون في حالات الجنايات .

ومنذ قانون " القتل " لعام 1959 في إنجلترا وويلز اعترف بمفهوم المسؤولية الناقصة الذي يمكن الرجوع إليه في حالة ما ظهر أن المريض يعاني من شذوذ في التفكير ، والذي يفسد بشكل أساسي مسؤوليته ، ومفهوم نقص المسؤولية لم يقبل بدون تحفظات وقد أشار البعض إلى أن السماح مرة واحدة بمفهوم نقص المسؤولية يعني أننا نضع بذلك فكرة المسؤولية الجنائية موضع التساؤل على كل المستويات .

## كفاءة الإرادة

القدرة على التحلي بإرادة صادقة يعتمد على التحلي بعقل سليم مميز وهذا لم يحدده القانون ولكنه مشتق من الفكرة القائلة بأن الشخص المقصود يجب أن يستكمل المحكات الآتية :

يجب أن يفهم معقبات ما يتخذه من قرارات وأن عنده فكرة واضحة عن مستحقاته وأنه يعرف من هم المنتفعين المحتملين .

والمرض العقلي إما في شكل الذهان أو المرض العقلي العضوي لا يعفي الشخص من قدرته على أخذ قرار مسؤول ، إذ أنه في حالة الفصام المزمن والخرف نجد قدرا من الوضوح الفكري والاتصال بالواقع لم يمسهما المرض بأذى، ولا يجب أن يتقدم الطبيب بشهادته بغض النظر عما إذا كان ذا مصلحة في ذلك أو لا .

## القدرة على تقديم الشكوى

المدافع عن حقه له الحق في تقديم الشكاوى إذا كان :

1- يعرف الفرق بين الصواب والخطأ .



- 2- يعرف الفرق بين الاعتراف بالذنب من عدمه .
- 3- يمكنه أن يرشد المحامي في دفاعه .
- 4- يمكنه مواجهة هيئة المحلفين .

فإذا كان المتهم غير قادر على ذلك ، فإنه يعتبر تلقائياً قد دفع بأنه غير مذنب بسبب إصابته بمرض عقلي ، ولكن العقوبة التي يحددها القانون بحجزه حسب ما تراه جلالة " الملكة " ( قسم 41 ) يعتبر شديد القسوة لدره أنه لا يعتبر دفاعاً ذكياً إذا ما وجدت عقوبات أقل قسوة تحت بنود أخرى من القانون . ولهذا فالمعتاد أن تطلب المحكمة رأياً طبياً وتوصيات من متخصصين .

## تقارير المحكمة

كثيراً ما يطلب من الطبيب تقديم شهادة متخصصة شفوية أو مكتوبة عن حالة ما وفي حالة التقارير المكتوبة يجب أن يبدأ الطبيب بذكر الأسس التي يقوم على أساسها التقرير ، فيقول مثلاً أن ( هذا التقرير مبني على فحص المتهم في مركز بوليس " نيوتاون " وبناء على قراءتي للملفات هذه الحالة في مستشفى " أولد تاون " ولم أر أي ملحقات ( وهو الاسم الذي يعطي للتقارير المكتوبة مقدماً كبراهين يقدمها الاتهام أو الدفاع أمام المحكمة ) ومن المعقول دائماً أن يطلب الطبيب الاطلاع على مستندات الاتهام قبل كتابة التقرير ، وكذلك على مستندات الدفاع ، إذا كانا هما اللذين يطلبان التقرير الطبي ، ثم يضيف التقرير بعد ذلك ، وبدقة ، الوقائع المادية المدعى بها وتجب الإشارة إلى الوقائع بأنها " مدعاة " ، وبعد فقرة قصيرة عن تاريخ المريض الصحي ، يجب أن ينتهي التقرير بإبداء الرأي ، وهذا يجب أن يقرر في ضوء ما يلي :

- 1- ما إذا كان يحق للمريض أن يقر بذنبه أولاً .
- 2- ما إذا كان المريض يعاني من مرض عقلي بالمعنى الذي حدده قانون الصحة العقلية لعام 1983 .
- 3- إذا لم يكن المريض مختلاً عقلياً ، فيجب أن يبين التقرير ما إذا كانت هناك أحوال مرضية أخرى مثل إدمان الكحول مما يحتاج إلى التدخل الطبي .
- 4- ما إذا كانت هناك أية توصية طبية تقدم للمحكمة لأخذها في الاعتبار ، مثل الاستئناف ( قسم 35 ) أو الأمر بالعلاج ( قسم 37 ) .



كما يجب أن يقرر الطبيب ما إذا كان له الحق في تقديم مثل هذا التقرير ثم يوقع مع ذكر مؤهلاته كاملة ومناصبه .

## قراءات مستقبلية

Butler Report (1975) *Mentally Abnormal Offenders*. Her Majesty's Stationery office, Cmnd 6244.

Gibbens, T. C. N. (1974) Preparing psychiatric court reports. *British Journal of Hospital Medicine*, 278-84.

Mack, J. E. (1975) *Borderline States in Psychiatry*. Grune & Stratton, New York.

Walker, N. (1965) *Crime and Punishment*. Churchill Livingstone, Edinburgh.

West, D. J. (1982) Delinquency: its roots, careers and prospects. In L. Radzinowicz (Ed.) *Cambridge Studies in Criminology*. Heinemann, London.

Up to date reviews of psychiatry and the laws are to be found in the regular articles on forensic psychiatry in the *British Journal of Hospital Medicine*, e.g. Fenwick, P. B. C. (1986) Automatism and the law. *British Journal of Hospital Medicine*, 36, 397.

\*\*\*\*\*

## الفصل الثالث عشر

# العلاج في الطب النفسي

### مقدمة

يستخدم مصطلح " العلاج " بمعناه الواسع في الطب النفسي ، فاستخدام عقاقير خاصة لعلاج أمراض ذات أسباب معروفة يكاد يكون معروفا من الناحية العملية ، ولذلك يتجه العلاج إلى أن يكون خَبَرِيًّا ( أمبريقيا ) وانتقائيا ، ومن هذه الناحية فالطب النفسي له نفس الموضع تقريبا الذي كان يحتله الطب الباطني في عام 1900 ، ولهذا فالعلاج يشمل أي طريقة تستخدم :

1- التأثير على حالة المريض العقلية .

2- لمساعدة إعادة التأهيل وإرجاعه إلى المجتمع .

والطرق المستخدمة تشمل المجموعات المذكورة في جدول (5) ، وقد يكون لبعض الطرق فائدة عظيمة في الأمراض الحادة ، مثل العلاج الجسدي ، وبعضها الآخر يصلح أكثر في إعادة التأهيل ، مثل العلاج بالعمل ، ويجب أن يتلقى المريض المساعدة بكل الطرق الممكنة . وقد يمكننا التحكم في المرض الحاد باستخدام المطمئنات التي تعيد المريض إلى اتصاله بالواقع وتمكنه من الإسهام بنجاح في عملية العلاج النفسي ، وأن يصيب بعض النفع من الجو العلاجي على أن يسود الوسط العلاجي التسامح والصدقة فهو بذلك دافع إلى العلاج أكثر منه مضاد للشفاء ، والقوى الاجتماعية لها أيضا أهميتها في تشكيل المرض وإضافة بعض المظاهر التي لا تكون في حد ذاتها أعراضا أو علامات للمرض ، ولكنها مجرد أنماط سلوكية تملئها البيئة المحيطة بالمريض ، فقد أصبح السلوك العدواني أقل شيوعا منذ تبينا هذه الحقيقة فالمرضى المشاكس عند إحضاره إلى المستشفى والذي دخل في الحجرة المبطنة بالفلين ثم عزل في الظلام لا يعد طبيعيا إذا لم يتفاعل بطريقة عدائية تحت تلك الظروف وينبغي إدراك أن أي إدخال إلى المستشفى يثير القلق أساسا بسبب عدم الاطمئنان الذي يسيطر على المريض وبسبب ما يشعر به المريض من تهديد لفرديته منذ بداية دخوله للمستشفى في شكل أشياء مثل خلع

المريض للملابسه وذهابه إلى فراشه ، وبعد ذلك يبدو للمريض أن كثيرا مما يجري في المستشفى يعزز شعوره بالعزلة وفقد لهويته ، بحيث إذا ساء الجو بسبب انعدام الأمن والتوتر والعدوانية المكبوتة - وكلها أشياء معتادة في عنبر المرض العقلي سيء الإدارة - فإن ذلك يمد المريض بكل ما يشكل موقفا مثل ذلك الذي وصفه " كافكا " في روايته الشهيرة .

ويجب أن يصل التخطيط المستقبلي للخدمات النفسية المحلية في إنجلترا وويلز إلى درجة قوية نحو الإزالة النهائية لوصمة المرض النفسي وعدم الارتياح العام الذي يحيط بدخول المريض في مستشفى الأمراض العقلية ، والوحدة النفسية في مستشفى عام ، والتي تعمل في تعاون حميم مع الخدمات المحلية يجب أن توفر أفضل السبل للاستفادة من إدخال المريض إلى المستشفى دون إلحاق أي أذى بالمريض .

## العلاج النفسي

العلاج النفسي الفردي : العلاج النفسي هو علاج مبني على التواصل اللفظي بين المريض والطبيب وعلى تكوين علاقة علاجية بينهما ، وأبسط أشكاله وأكثرها ممارسة ، هو العلاج النفسي التدعيمي ، وفيه يشجع المريض على الكلام بحرية عن نفسه وعن أعراضه ومشاغله دون الخوض في حياته اللاواعية ، ولا نقوم فيه بأية محاولة لإكساب المريض بصيرة عن المصادر المحتملة لما يشكو منه كما يجب تدعيم دفاعات المريض بدلا من تحطيمها .

التحليل النفسي : وهو أهم أنواع العلاج النفسي التحليلي ويستخدم مصطلح " التحليل النفسي " بمعنيين ، أولهما يعني العلاج بالتحليل النفسي ، وثانيهما يعني مدرسة من مدارس علم النفس أسسها " سيجموند فرويد " .

ونظرية التحليل النفسي هي نظرية تناقش بناء الشخصية ونموها وهي تؤكد على الأهمية الأساسية لخبرات الطفولة في تكوين الشخصية ، وقد بنى " فرويد " نظريته على الملاحظات التي لاحظها على المرضى الذين عالجه ، وقد حور اتباع "فرويد" نظريته الكلاسيكية ولكن الفرض المركزي هو أن سلوك الفرد تحدده قوى في اللاوعي ودوافع تنبع من حاجاته الانفعالية البدائية ، أكثر مما تنبع عن العقل الواعي ويعمل المحلل النفسي على سبر تركيب شخصية المريض وعلى تحويل تلك الشخصية عن طريق الغوص المكثف طويل المد في حياة المريض العقلية اللاواعية



ويمكن تحقيق ذلك باستخدام تقنية التداعي الحر حيث يستلقي المريض على أريكة ويترك لأفكاره أن تنتقل وتمضي في أي اتجاه ، وبذلك يتم إخراج مادة لاواعية يبدو للمريض أنه لم يكن على بصيرة بها في الماضي ، والسبب في أننا نجعل المريض يستلقي هو أن ننقص من المنبهات البصرية إلى أدنى حد ممكن بحيث لا تشتت تلك المنبهات انتباه المريض ، ويفسر المحلل النفسي للمريض المعاني الرمزية لأحلامه وتخيالاته وبذلك يساعده على اكتساب بصيرة نحو ذاته ، وهذه الطريقة - بالضرورة - تحتاج إلى وقت طويل وأنسب الناس لها هم الناس الذين يتحلون بمستوى ذكاء أعلى من المتوسط كما يجب أن يتحلوا بقدرة لفظية جيدة ، وكل طرق العلاج النفسي تعترف بالأهمية الأساسية للعلاقة التي تقوم بين المريض والطبيب في العلاج النفسي ، وقد تتراوح هذه العلاقة بين حد أقصى وآخر ، إذ يحيط المريض طبيبه بشتى المشاعر ويقبل المحلل النفسي المدرب هذه العلاقة ويتناولها كجزء من العملية العلاجية ، وينقل المريض إلى طبيبه المشاعر التي خبرها المريض في الماضي نحو الشخصيات المتحكمة في نمو شخصيته ، وهذه العملية تسمى الإزاحة (Transference) .

## التحليل النفسي التفاعلي

يهتم بطريقة أداء المريض في عملية العلاج ، فهي تزري بالفهم الناقص والاستجابات الفاشلة في التكيف ، وغير ذلك من التفاعل غير المواتي الموروث في نسق المريض السلوكي . ولهذا فقد تكون بالغة الأثر في العمل مع الإخصائي الاجتماعي النفسي والأسرة كمجموعة ، والعلاج العائلي مصدر هام للنفع الذي يمكن أن يقدمه الإخصائي الاجتماعي الممتاز كما أن ديناميات الأسرة وسيلة مهمة من وسائل التشخيص .

وأهم الأدوات التي يستخدمها الطبيب في العلاج هو شخصيته ، ولذا يجب على الطبيب أن يحرص على فهم نفسه إذا ما كان ينوي استخدام هذه الأداة بكفاءة .

والعلاج النفسي التحليلي - فيما عدا التحليل النفسي المستكمل ، أكثر شيوعاً وأقل إرهاقا ويتجه نحو أن يكون مهتما بأهداف محددة بشكل أكثر وضوحاً مثل :

- 1- حل الصراع النفسي .
- 2- العمل خلال المشكلة ورؤيتها من ناحية مختلفة
- 3- التخفف من ضغط المشاعر المكبوتة .

والتحليل النفسي للطبيب نفسه يعتبر تدريباً ضرورياً للمحلل النفسي ، المعالج النفسي غير التحليلي يكتسب قدراً كبيراً من تحليل شخصيته ولكن إذا كان هذا غير ممكن فالمعالج النفسي يحتاج إلى أن يتحلى بالذكاء والقدرة على المبادرة والصبر وقبل كل شيء يجب أن يتحلى بالمرونة .

والعلاج النفسي الفردي لا ينتهي بعملية تحليل نفسي ، فالحقيقة أن التحليل النفسي من المحتمل أنه أقل طرق العلاج النفسي ممارسة لأنه يحتاج إلى وقت طويل وتكلفة كبيرة ومن ناحية أخرى نجد أن أغلب المعالجين النفسيين يدينون بقدر من الاستفادة لنظرية التحليل النفسي دون أن يعترفوا بها بل يفضلون أنواعاً أخرى من العلاج النفسي تحتاج إلى وقت أقصر ، فبعضهم يركز على معنى الأعراض أو بمعنى آخر فهم يتساءلون عن نوع المساعدة التي يحتاجها مريضهم حقيقة ، والبعض الآخر يعيرون انتباهاً خاصاً "للموقف الحالي" ويدفعون المريض دائماً نحو حل موقف مشكل بالذات مما يقابله في حياته أو الذي يبدو أنه يتجنب مواجهته، وبعض طرق العلاج النفسي توجه نحو المريض بصورة تبدو كما لو كانت غير صريحة ، ولكنها تدفع المريض نحو الاستقلال والاعتماد على النفس ، وبعض الطرق الأخرى لها صفة الوجودية لأنها تتبع الفلسفة الوجودية فحسب بل لأنها تشجع المريض على تحمل المسؤولية نحو أعماله وسلوكه ، وهي في نفس الوقت تساعد المريض على اعتبار نفسه شخصاً يعيش في العالم وعليه أن يفهم معنى وجوده وأهمية هذا الوجود .

## العلاج النفسي الجماعي

في هذه الطريقة تكون بؤرة الاهتمام الأساسية هي العلاقات المتبادلة داخل المجموعة ، أكثر من كونها العلاقات الشخصية الخالصة ، كما هو الحال في العلاج الفردي ، فالمشاكل يشترك فيها أفراد المجموعة ويصبح المريض قادراً على النظر إلى مشكلته في ضوء العلاقات القائمة بين الأفراد والمنعكسة في المجموعة ، وبذلك فهو يراها من زاوية مختلفة ، ويكون المريض معرضاً للنقد أيضاً ، كما أنه معرض للتشجيع والدعم من باقي أعضاء المجموعة ، وعند الممارسة يجب أن تكون المجموعة صغيرة ، حوالي اثنا عشر فرداً ، وهو الحجم الأمثل ، وقد وجد من المفيد أن نختار أعضاء المجموعة من أعمار متشابهة ومن مجموعتين متساويتين من الجنسين ويجلس المعالج مع المجموعة ، وتتم مناقشة المواضيع في حرية ويأخذ المعالج دوراً غير موجه ، ويتجنب فرض سيادته على المجموعة أو توجيهها بل



يمنعها من التسلط في استخدام وسائل الدفاع النفسي التي لا أهمية لها بالنسبة لموضوع المناقشة .

ويقوم المرضى " بدراسة نفسية " لمشاكلهم ولكنهم في الأغلب يتجنبون هذه الدراسة أو البحث النفسي بعدة طرق وصفها " يالوم " 1987 وصفا جيدا فالتزام الصمت طريقة زائفة لتجنب التفاعل النفسي ومثله الحديث عن أشياء لا علاقة لها بموضوع المناقشة مثل الكلام عن الجو ، وتبدو مهارة المعالج في استخدامه لتقنيات المناقشة التي تثير قلق المجموعة بغية إنجاز التفاعل النفسي المطلوب ، فإذا كان القلق غير كاف فإنه لا يؤدي إلى تحفيز المجموعة على التفاعل .

ولهذا نجد أن عدم توجيه المجموعة مع تنمية قدر قليل من التوتر يحسنان عمل المجموعة ، وكلما بنينا قدراً من الثقة في أفراد المجموعة ، كلما ازداد ترابط الأعضاء وشجع ذلك على القيام بالجهود النفسية المطلوب لحل المشاكل الفردية .

وإذا تساءلنا لماذا تزداد شعبية العلاج الجماعي ؟ نجد لسوء الحظ أن العالم يبدو للمرضى وكأنه غير مأهول بمرضات طبيبات ولا بأطباء صبورين يجلسون لينصتوا إلى متاعب المرضى ، بل على العكس نجد أن العالم بالنسبة لهؤلاء المرضى مليء بأفراد يعانون من الضيق مثل الزوجات والوالدين والإخوة والأطفال والجيران وهكذا ، وكل منهم له مشاكله الخاصة ، هذا هو العالم الذي سيعود إليه المريض والذي تمثله بدقة المجموعة التي يتناقش معها ، أكثر مما يمثلها الاستشارات الشخصية مع الطبيب ، وإذا استطاع المريض تعلم المهارات الاجتماعية وأن يكتسب الثقة التي تمكنه من مشاركة المجموعة في مشاكله ، فإن حالته لا تتحسن فحسب ، بل إنه يتعلم أيضاً كيف يمنع حدوث الانتكاسات في المستقبل عن طريق الحديث مع أسرته وأصدقائه وجيرانه .

وللمجموعة أثر آخر قوي وهو أثر القاضي أو جماعة المحلفين ، فكما أن السجين في الحجز يمكن أن يرد قاضيه لأنه جاهل بالعالم الحقيقي الذي يعيش فيه الناس في الشوارع الخلفية ، ولكنه لا يستطيع تجاهل حكم المحلفين الذين هم من رفاقه في الحياة العامة فعلى هذا نجد أن المريض قد يرفض ملاحظات طبيبه ولكنه لا يستطيع أن يرفض في سهولة رأي زميل له في المجموعة يقول " لو كنت زوجتك لعارضتك أنا أيضاً " .



## التنفيس Abreaction

ويطلق هذا اللفظ على عملية علاجية يعيش فيها المريض خبرات ماضية مهمة مرة أخرى ، تلك الخبرات التي أسهمت اسهاما له دلالتة في تطور مرضه ، وأداء الدور مرة أخرى يصحبه إخراج المشاعر المكبوتة ، وقد وجد " فرويد " أن هذا الأمر يحدث لمرضاه خصوصا تحت تأثير التنويم المغنطيسي ، واستنتج من هذه الخبرات أن التنفيس سيكون له قيمته إذا ما عملنا على إحداثه ليستفيد المريض من هذا التفريغ الوجداني ، وتستخدم تقنية التنفيس أساسا في حالات الهستيريا التحويلية الحادة التي تأتي بها الأحداث الخارجية مثل كوارث الحروب ، وقد استخدمت طرق أخرى متنوعة غير التنويم المغنطيسي لإحداث حالة من الوعي المعدل الذي يؤدي إلى التنفيس ، وأكثر هذه الطرق شيوعا هو حقن محلول يحتوي على 5٪ من أميتال الصوديوم في الوريد .

## العلاج السلوكي الاستعرافي

هذا هو الاسم العام الذي يطلق على نوع من العلاج النفسي الذي لم يعرف إلا حديثا نسبيا ، والعلاج السلوكي له جذوره في علم النفس السلوكي في مقابل العلاج النفسي المؤسس على علم النفس الدينامي .

ويشرح علم النفس السلوكي سلوك الإنسان تبعاً لمفهوم آلية المنبه والاستجابة، ويعتبر السلوك نشاطاً متعلماً عن طريق الفعل الشرطي كما وصفه "بافلوف" ، وتحكمه عمليات مثل إنقاص الدوافع ... إلخ ، وعلى هذا فالسلوك العصابي يفسر ببساطة على ضوء مفاهيم سلوك سوء التكيف أكثر من الارتباط بعمليات النمو الانفعالي المعقد الذي يتم داخل الشخصية الإنسانية .

وتبعا لتطبيق هذا المفهوم على السلوك العصابي ، نجد أنه إذا أزيل العرض العصابي فإن المرض سيختفي بدوره ، وهي وجهة نظر مضادة تماما لعلم النفس الدينامي الذي يرى أن الأعراض مجرد رموز تمثل الصراع الداخلي في شخصية الإنسان .

والتفسير السلوكي لحالة القلق الرهابي سوف تكون كما يلي : أصبح المريض مرتبطا ارتباطا شرطيا بخبرة القلق ، بحيث يشعر بالقلق كلما أدرك بعض الإشارات وأن الاستجابة الشرطية قد امتدت وتعممت تدريجيا بحيث أنها أصبحت تثار بعدة أنواع من الإشارات ، ويعمل العلاج السلوك على استئصال الاستجابة

غير المتكيفة عن طريق إزالة الحساسية Desensitization ، أي فك الارتباط بين المؤثرات الخارجية وبين الاستجابة غير المتكيفة .

وتتكيف أنماط تفكير الشخص في سلوكه ومشاعره ، وعلى ذلك فاستخدام سلسلة من الإجراءات العقلانية يمكنها تغيير السلوك الشاذ والمشاعر المرضية وعلى هذا فالعلاج لا يمكن أن يكون ببساطة مجرد تطبيق لمفاهيم " بافلوف " ، بل يجب أن يشمل قدرًا من المعرفة ، أي أنه يحتوي على الشرح كعنصر علاجي ، وإلى جانب أنه يسرع بالشفاء فهو يشجع المريض على التمشي مع العلاج عن طريق زيادة دوافعه نحو الشفاء .

## العلاج الطبي

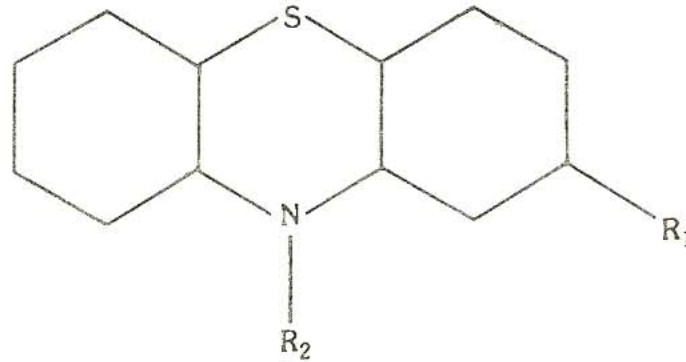
لا تظهر طريقة الخبرة الشخصية ( أو الأمبريقية ) في مجال آخر من مجالات الطب يمثل الوضوح الذي تظهر به في مجال العلاج الطبي للأمراض النفسية ، فقد ظهرت عدة طرق للعلاج الطبي وهناك عدد كبير من العقاقير معروضة في السوق ، وكلها قوبلت أول الأمر بحماس غير متأن أو متفحص ، ثم قومت فيما بعد تقويماً متزنًا ، وهذا الوضع قد أثار مشاعر قوية عند الطرفين المؤيد والمعارض وعلى كل حال ، فالحق أن بعض أنواع معينة من هذه العلاجات الطبية قد رسخ قدمه كأساليب مهمة في العلاج أحدثت ثورة في الطب النفسي .

## العقاقير المؤثرة عقليا Psychotropic Drugs

هذه العقاقير تغير المشاعر والإدراك والسلوك والوعي ، ودراسة هذه العقاقير - أي علم الأدوية النفسي - لم ينتج فقط عددا كبيرا من العقاقير المستخدمة في العلاج ولكنه اقترح أيضا عدة خطوط محتملة للبحث في مجال كيمياء الأمراض العقلية فنظرية أمينات الدماغ التي تفسر الاكتئاب والأمينات الأحادية التي تعمل كموصلات للنشاط العصبي ، إذ يبدو أن الاكتئاب يمكن أن تصحبه زيادة في هذا التركيز ، والأمينات المعنية هي " النورأدرينالين ، السيروتونين ، والدوبامين " والمعتقد الآن هو أن العقاقير المبهجة ذات الحلقات الكيميائية الثلاث ، تؤدي عملها عن طريق إيقاف إعادة امتصاص هذه الأمينات عند انطلاقها من الخلايا العصبية، وأن العقاقير المثبطة للإنزيم المؤكسد لهذه الأمينات الأحادية ، تؤدي عملها عن طريق منع استهلاك هذه الأمينات عن طريق أكسدها ، وفي الحالتين يرتفع مستوى تركيز هذه الأمينات في الدماغ .



وتشمل أهم الأدوية المؤثرة عقلياً العقاقير المثبطة للجهاز العصبي والعقاقير المبهجة والمطمئنتات وأملاح الليثيوم :



شكل "8" : تركيب عقاقير الفينوثيازين

### مثبطات الجهاز العصبي والمطمئنتات ( Neuroleptics & Tranquilizers )

المطمئنتات هي عقاقير تغير السلوك مع تأثير طفيف جداً على الوعي ، وقد تربعت على عرشها في الطب النفسي منذ عام 1953 ، عندما تبيننا الأثر المطمئن لعقار الكلوربرومازين لأول مرة ، وقد كان هذا العقار هو أول مركبات الفينوثيازين التي استخدمت علاجياً ومعظم المطمئنتات المستخدمة حالياً تنتمي إلى مجموعة الفينوثيازين ، والبنية الأساسية لكل مركبات الفينوثيازين هي الموضحة في شكل (8) ، والمجموعة (1) والمجموعة (2) في هذا الشكل تمثلان سلسلة كيميائية جانبية من مركب آخر .

والكلوربرومازين ( لارجاكتيل ) يفيد أكثر ما يفيد في تهدئة الهياج الذهاني سواء كان مصدره عضوياً أو وجدانياً أو فصامياً ، وهو يستخدم على نطاق واسع في العلاج التحفظي لمرضى الذهان المزمنة ولكن الفائدة هنا أقل بكثير من الفائدة في حالة الهياج الحاد ، ويمكن إعطاء العقار إما حقناً في العضل أو عن طريق الفم .

وتعطى جرعات قد يصل حدها الأقصى إلى 600 مجم يومياً ، في جرعات مقسمة ، ولو أن المعتاد هو ألا تتجاوز جرعتها 400 مجم يومياً ، وأخطر الآثار الجانبية تشمل فقر الدم وانعدام الكريات البيض المحببة في الدم ، واليرقان (الصفراء) أما الآثار الجانبية الأقل أهمية فتشمل نوبات من انخفاض ضغط الدم أو



الحساسية للضوء والتهاب الجلد ، والكلوربرومازين يزيد من فعالية مركبات الفينوباربيتون والكحول والعقاقير المستخدمة في التخدير وكذلك المخدرات .

وعقار الهالوبيريديول له فعاليته خاصة في علاج النشاط الحركي المفرط ، في حالات الهوس والهياج ، وتتراوح الجرعات من 5 إلى 100 مجم يوميا تبعاً لشدة الحالة .

وتوجد الآن محاليل زيتية طويلة المفعول تحقق في العضلات ، كما أن هناك محاليل تحقق في الوريد بحرص شديد وتساعد في حالات الهذيان الارتعاشي الحاد ، وعقار الهالوبيريديول ليس من مركبات الفينوثيازين ولكن دواعي استخدامه تشبه دواعي تلك المركبات .

### الثيوريدازين ( الميلايريل )

لهذا العقار نفس أثر عقار الكلوربرومازين وله نفس مدى الجرعات المستخدمة حالياً ، ولكن ليست له نفس القوة العلاجية ، إلا أنه أقل تأثيراً كمادة مهدئة ، وآثاره الجانبية قليلة .

### الترايفلوبرازين ( الستيلازين )

يقال أن لهذا العقار أثر منبه ومضاد للهلوسة ، بعكس الأثر المهدئ الذي لغيره من مركبات الفينوثيازين ، ويستخدم على نطاق واسع في علاج كل من حالات الفصام الحاد والمزمن ، ويمكن أن يؤخذ حقناً في العضل أو عن طريق الفم ، وتتراوح الجرعات بين 5 - 40 مجم يوميا في جرعات مقسمة ، وهناك ما يدل على أن الجرعات الأصغر ( مثل 3 مجم 3 مرات يوميا ) تفيد في علاج حالات القلق المزمن .

### مركبات الفينوثيازين ممتدة المفعول

مطاوعة مرضى الفصام للعلاج بالفم مطاوعة قاصرة ، ولذا فكثر ما نستخدم بكفاءة مركبات الفينوثيازين ممتدة المفعول في شكل حقن ذات قاعدة زيتية .

وأكثر هذه المركبات انتشاراً هو مركب الفلوبنثيكسول (دييكسول) والفلوفينازين (موديكات) والفلوسبيريلين (ريدبثين) والبيوثيازين (بيبرتول) وتنويعات كيميائية لتلك العقاقير مثل عقار " زكلوبنثيوكسول " (كلوبكسول) .

والعقاقير أعراض جانبية تظهر في شكل تأثر المسارات خارج الهرمية فينتج لك توتر في العضلات ، والمتبع في الممارسة اليومية عند استخدام تلك العقاقير طى معها عقاقير مضادة لمادة الكولين حقنا في نفس الوقت مع العقار ممتد بل ، وتعطى أولا جرعة اختبارية ، ثم تعطى الجرعة الشهرية .

### ر الجانبية لمركبات الفينوثيازين

تظهر هذه الآثار الجانبية عادة في شكل أعراض عصبية تصيب المسارات ج الهرمية وتشمل :

تململ حركي يصيب الساقين خاصة ( وهو ما يسمى Akathisia ) .  
تيبس عضلات الوجه .

زيادة توتر العضلات في الأطراف الأربعة .

( وتتكون من الأعراض 1 ، 2 ، 3 متلازمة الباركنسونية ) .

خروج اللسان من الفم مع حركات لا إرادية للفم .

حركات توترية لعضلات الرأس والعنق .

وهذه الآثار الجانبية يمكن التحكم فيها باستخدام العقاقير المضادة للكولين ، ن هذه العقاقير لا يجب أن تعطى بصفة رتيبة ، وقد تظهر على المرضى الذين يحون بمركبات الفينوثيازين ممتدة المفعول علامة متلازمة مرضية تعرف بمتلازمة ر الحركة المتأخر " Tardive Dyskinesia ، وتتكون هذه المتلازمة من حركات نديمة في الوجه في شكل إيماوات لا إرادية مع خروج اللسان من الفم وهي لا ب بالتوقف عن تناول العقاقير .

### ناقير المبهجة

ع العقاقير المستخدمة لعلاج الاكتئاب في مجموعتين :

العقاقير ثلاثية الحلقات .

مثبطات الإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية ( MAOIs ) .

والعقاقير التي استخدمت لعلاج الاكتئاب أول الأمر كانت عقار الأمفيتامين تقاته وميزتها رخص ثمنها وقلة الأعراض الجانبية ولسوء الحظ فقد أسيء ندامها بغرض التسلية وأدت في بعض الحالات إلى الإدمان ، وهي أقل فاعلية لاج الاكتئاب الشديد .

## العقاقير ثلاثية الحلقات ( Tricyclic Series )

يبين جدول "6" قائمة بأكثر هذه العقاقير استخداماً ويبدو أن هذه العقاقير تؤدي عملها بعدة طرق فبعضها يوقف إعادة الامتصاص لمادة السيروتونين ( مثل الأميتريبتالين والكلوميبرامين ) بينما تثبط مجموعة أخرى إعادة الامتصاص لمادة النورأدرينالين ( مثل النورابرامين والبروتريبتالين والنورتريبتلين ) .

وقد وضح الآن أن زمن نصف الحياة ( Half life time ) أي نصف الزمن الذي يمكن أن يبقى فيه تركيز العقار عند المستوى الفعال في الجسم - للمركبات ثلاثية الحلقات لا يجعل تقسيم الجرعات اليومية إلى عدة جرعات أمراً ضرورياً ، والمعتاد الآن هو إعطاء جرعة نهائية وأخرى ليلية .

## الآثار الجانبية للعقاقير المبهجة ثلاثية الحلقات

قد لوحظ أن الآثار الجانبية لهذه العقاقير متسعة المدى وأكثرها حدوثاً هو :

1- في الجهاز الدوري :

ارتفاع ضغط الدم وانخفاضه عند الوقوف ، الخفقان ( أي الاحساس بنبض القلب ) ، وسرعة النبض واضطرابات إيقاع القلب .

2- آثار مضادة للكولين :

مثل جفاف الفم والغثيان والقيء والإمساك وبطء التبول أو احتباس البول ، وصعوبة تكيف البؤبؤ في العين أو اتساعه ، ضبابية الرؤية وتضخم الغدد تحت اللسان وزيادة العرق .

3- الجهاز العصبي المركزي :

اختلاط الوعي ، الهياج ، سرعة الاستثارة ، التملل الحركي ، الأرق ، نمل الأطراف ، الرنج ، الرعشة ، النوبات الصرعية .

4- الجلد :

طفح عام وغير محدد النوع ، زيادة الحساسية للضوء ، الأرج ( Urticaria ) التورم وخاصة في اللسان والوجه .

5- آثار جانبية غير مخصصة :

وتشمل العنة الجنسية ، والقابلية للنوم والإحساس بالإرهاق وزيادة الوزن أو فقدان الوزن .



## 6- آثار جانبية أكثر ندرة :

وتشمل احتشاء عضلة القلب والسدة القلبية ( أي توقف التوصيل الكهربائي بين أجزاء القلب ) ، تأثر المسارات العصبية خارج الهرمية ، شلل الأمعاء ، نقص نشاط نخاع العظام ، انعدام الكريات البيض المحببة ، الفرفرية - نقص صفائح الدم ، اللسان الأسود ، تضخم الثدي في الذكور ( أنثوية الثدي ) وتضخم الخصيتين ، وتضخم الثدي وثر اللبن ( Galactorrhoea ) ، وسقوط الشعر .

## ملحوظة

توصف المبهجات ثلاثية الحلقات للعلاج على نطاق واسع ، وقد نتساءل عما إذا كان هناك إفراط في استخدامها ، ومعدل حدوث الآثار الجانبية كبير ، وهناك أيضاً خطر الوفاة من توقف القلب ، واضطراب إيقاعه ، إذا ما استخدمنا جرعات أكبر من اللازم ، وقد يحدث هذا حتى مع الجرعات العلاجية ، ولهذا السبب يجب استخدام هذه العقاقير بحرص - وقد حان الوقت لمراجعة الاستخدام الواسع لهذه العقاقير ، إذ لاشك في أن كثيرين ممن يعانون من الاكتئاب يعطون هذه العقاقير وبذلك فهم يتعرضون لمخاطر جدية بالاعتبار .

وليس كل من يشعر بالتعاسة فيستشير طبيبه هو بالضرورة مريض بالاكتئاب.

## العقاقير المثبطة للإنزيم المؤكسد للأمينات الأحادية

اكتشف الأثر المبهج لهذه المجموعة في أول الأمر عند استخدام عقار الأيزونيازيد لعلاج التدرن ، فإذا به يؤدي إلى نوع من البهجة أو التعافي (Euphoria) أي الشعور بالعافية الجسدية بغير مبررات ، ومنذ ذلك الوقت تم استحضار عدد كبير من هذه العقاقير ، وربما كان أكثرها استخداماً هو عقار "أيزوكاربوكسازيد" ( البارنات ) في جرعات من 15 مجم ثلاث مرات يوميا إلى 15 مجم أربع مرات يوميا .

## الآثار الجانبية لمثبطات الإنزيم المؤكسد

1- زيادة أثر عقاقير الفينوباربتيورات والكحول والمطمئنتات ومركبات الأفيون والبيتيديين ، ولهذا فاستخدامها يمثل خطراً خاصاً في أثناء التخدير قبل إجراء العمليات الجراحية .

2- حالات الهياج وسرعة التهيج ( Agitation ) .

3- انخفاض ضغط الدم .

4- أزمة ارتفاع ضغط الدم ( Hypertensive Crisis ) :

وتحدث هذه النوبات في بعض المرضى إذا ما تناولوا أطعمة محتوية على مادة "التيرامين" مثل أنواع الخميرة والفول ، ويجب تحذير المرضى من تناول هذه المأكولات ، وإذا حدثت الأزمة فإنها تسبب صداعا شديدا يشبه ما يحدث في حالة النزيف تحت العنكبوتية .

5- تليف الكبد :

ويكثر هذا مع تناول مجموعة الهيدرازين ( الماريلان والفينلزين ) .

6- الآثار الجانبية الشائعة الأخرى تشمل التورم والعنة الجنسية ، وفقد الرغبة الجنسية وجفاف الفم وغباشة الرؤية والإمساك .

واستخدام العقاقير ثلاثية الحلقات ومثبطات الإنزيم المؤكسد معا قد يكون خطراً ويستحسن تجنبه .

### ملاحظات عامة حول العقاقير المبهجة

برغم أن استخدام هذه العقاقير كثر وعم إلا أنه ليس هناك اتفاق عالمي على فاعليتها على أساس علمي ، فالتجارب المحكمة أتت بنتائج متضاربة فهناك بعض الباحثين المقتنعين بما لهذه المبهجات من آثار معينة على العمليات المفترض قدرتها على إحداث الاكتئاب ، في حين أن هناك غيرهم ممن يدعون أن هذه العقاقير لا أثر لها إلا الأثر المهديء الذي يحسن القلق وسرعة التهيج ، وقد أشير إلى أن الاكتئاب يتميز بمعدل عال من التحسن التلقائي وأن الحماس لأثر المبهجات قد يعود لهذه الظاهرة الطبيعية فقط ، ومهما كان مصير هذا الجدل فهناك أمر يبدو أنه مؤكد وهو أن الأطباء قد أصبحوا أكثر وعياً بالاكتئاب وأنه حالة مرضية جديرة بالانتباه والعلاج .

### العقاقير المستخدمة لعلاج القلق

حلت مركبات البنزوديازبين محل مركبات الباربيتورات تماما في الوقت الحالي ، وتشمل هذه المركبات ما يلي :



- كلورديازبوكسايد ( ليبريام ) 10 - 40 مجم ثلاث مرات يوميا .
- ديازبام ( فاليام ) 10 - 40 مجم ثلاث مرات يوميا .
- لورازبام ( أتيقان ) 10 - 40 مجم 3 مرات يوميا .
- أوكسازبام ( سيرنيد ) 10 - 30 مجم 3 مرات يوميا .

أما نيترازبام ( موجادون ) وتيمازبام ( نورميسون ) وتريازولام ( هاليكون ) تستخدم كثيرا كعقاقير منومة لعلاج الأرق الذي يحدث أول الليل وليس هناك فرق وائي بين المطمئنت والمنومات إلا في الوقت الذي يعطى عنده العقار ، ويرجع الأرق في أول الليل عادة إلى المشاكل التي نقابلها في أثناء النهار ، ولذا فالعلاج لعرضي للأرق دون علاج السبب لا يعتبر علاجاً جيداً ، كما أن مركبات لبنزوديازبين تقلل من الأحلام كما يحدث بسرعة نوع من الاحتمال للأثر المنوم ، لذلك فإن هذه العقاقير تفقد أثرها بالإضافة إلى أنها تفسد الأثر الانتعاشي للنوم ، وزيادة على ذلك فهناك خطر الإدمان مع حدوث قلق رهابي عند إيقاف تناولها ، ولحسن الحظ أن هذا يمكن علاجه بسهولة وبدون تكلفة كبيرة .

## الفيتامينات

تستخدم جرعات كبيرة من فيتامينات مجموعة "ب" استخداماً نمطياً في علاج الهذيان الارتعاشي وحالات الهذيان تحت الحاد ، كما يستخدم فيتامين "ب6" (البيريدوكسين) استخداماً أمبريقياً - ( أي تبعاً للخبرة الشخصية ) لعلاج التوتر النفسي فيما قبل الطمث .

## العلاج بجلسات الكهرباء ( Elcetroconvulsive therapy )

الصدمة الكهربائية علاج ناجح برغم أن طريقة أدائها لهذا الأثر العلاجي ليست معروفة ، وفي بعض الأوساط تحوم حولها الشكوك ، وهناك نظريات استطلاعية ذات صبغة فسيولوجية ، تقترح أن التشنج يغير قدرة الجهاز العصبي على الارتباط الشرطي ، أو أنه يغير مستوى التيقظ في الجهاز العصبي بشكل ما ، وهناك علماء آخرون يقترحون أن الصدمة الكهربائية تغير بطريقة مجهولة التوازن في جهاز مركزي منظم للحالة الانفعالية ، وتمثل هذه النظريات آراء من يفضلون استخدام الصدمات الكهربائية .



أما الذين يعارضون استخدامها فيقترحون أنها نوع من الصدمة التي تصدم المريض فتغير سلوكه بنفس الطريقة التي كان يصدم بها المرضى قديماً ، إذا ما غمسوا فجأة في الماء أو إذا مال بهم كرسي دوار ، وقد اقترح أيضاً أن الفقد المفاجيء للوعي هو الذي يؤثر على المريض .

وعلى كل فهناك اتفاق سائد على فائدتها أكثر من الاتفاق على أثر العقاقير وهي ذات أثر فعال خاصة في حالة الذهول الاكتئابي ( Depressive Stupor ) وذهان النفس .

وبما أنها تعتبر علاجاً خطراً ، فيجب الحصول على إقرار المريض أو على رأي طبي ثان قبل استخدامها .

### طريقة اجراء الصدمة

الجهاز النموذجي يعطي تياراً كهربياً جهده 10 فولت لمدة ثانية واحدة ، وهذا يحدث فقداناً فورياً للوعي يعقبه تشنج عضلي ، والمعتاد الآن هو استخدام الصدمات المحورة ، وفيها يستخدم عقار مخدر حقناً في الوريد ( مثل الثيوبنتون ) 20-25 مجم في محلول تركيزه 5% ( مع عقار مرخ للعضلات ( مثل سكولين أو بريفيديل ) لمنع انقباض العضلات ، ويستخدم الأكسجين لمساعدة التنفس ، ثم يتم إجراء الصدمة ، ويسترجع الوعي بسرعة أي خلال عشرة دقائق ، وكل ما يمكن أن يحس به المريض هو مجرد وخزة الإبرة في الذراع ويعطى 0,6 جم من الأتروبين في الوريد مع العقار المخدر .

يكون العلاج بالصدمة الكهربائية مرتين أسبوعياً ، ويعاد تقويم حالة المريض فيما بين جلسات العلاج ، ولا يوجد برنامج محدد للعلاج ، ويفضل أن يوقف العلاج عند تحسن المريض ، ويندر أن يعطى المريض أكثر من اثنتي عشرة جلسة .

### مخاطر العلاج الكهربى

#### مخاطر كبرى

- 1- مخاطر التخدير .
- 2- مخاطر خاصة بالجهاز الدوري - اضطراب إيقاع القلب .

3- إصابة اللسان والأسنان والعظام ( العظام الطويلة وعظم اللوح أو كسور انضغاطية لفقر الظهر ) .

### مخاطر صغرى

- 1- انقطاع الطمث .
- 2- الصداع .
- 3- الحروق .
- 4- فقد الذاكرة .
- 5- حالات الاختلاط الذهني .

### الجراحات النفسية ( Psychosurgery )

تستخدم الجراحة الآن لعلاج الأمراض النفسية بدرجة أقل كثيراً عنها في الماضي، والأنواع المبدئية الفجة من قطع المسارات العصبية قد استبدلت بالجراحات المحورة تحويراً كبيراً ، والجراحات المحدودة التي تهدف إلى قطع التوصيل بين الفص الجبهي والمهاد البصري ( Thalamus ) أما العمليات الأخرى مثل قطع اللقيفة الحزامية ( Cingulectomy ) فقد استخدمت أيضاً ، وهذه الأنواع من العمليات الجراحية تعطي أحسن النتائج إذا كان هناك توتر نفسي مستمر خصوصاً إذا كان أساس هذا التوتر حالة اكتئاب أو وسواس ، ونادراً ما تفيد هذه الجراحات في مرض الفصام المزمن ، والجراحة أقل استخداماً الآن ، ولو أنه لا يزال لها دور في الحالات المختارة بغرض التخلص من حالات التوتر المزمن وبما أنها علاج ذو أثر غير قابل للمراجعة ، فيجب أخذ إقرار من المريض مع رأي طبي آخر في نفس الوقت .

### العلاج بالعمل

قد تبين منذ عدة سنوات أن العمل يمكن أن يكون مصدراً لجذب انتباه المريض المضطرب بعيداً عن مرضه ، والآن يوجد مجال واسع من الأنشطة أمام المعالج بالعمل يمكنه به إفادة المريض النفسي ، ويشمل هذا المجال النشاط الفني والصناعي الذي يمكن أن يهديء المريض القلق وأن يحيى الاهتمام لدى المريض المكتئب بطيء الحركة والتفكير ، ويمكن توفير العمل للمريض المصاب بتلف الدماغ فنمده بقدر من الرضا عن نفسه كما نستحث بذلك الشفاء .



ويساعد على التوصل إلى بيئة مناسبة ، وفي إعادة التأهيل يمكن أن يساعد قسم العلاج بالعمل على وضع خطة للنشاط المهني للمريض لتهيئته للعودة إلى بيته بمساعدته على اكتساب مهارات جديدة أو إعادة اكتساب المهارات القديمة ويمكن مساعدة ربة البيت في هذا الاتجاه بإمدادها بوحدة للمطبخ في قسم العلاج بالعمل، والهدف الأمل يجب أن يكون العلاج بالعمل بصورة واقعية ومتنوعة وبقدر الإمكان يكون بعيداً عن الصورة التقليدية لإنتاج السلال أو أشياء للزينة لا فائدة منها .

## العلاج المهني

ويعتبر هذا العلاج محاولة لإمداد المريض بيوم عمل مع الحصول على أجر منتظم مع تأهيله للعلاج خارج المستشفى ، وهو يوفر بيئة للعمل تحت مظلة واقية تحمي المريض المزمّن بحيث يتعلم مهارات جديدة ويمارسها ويكتسب الثقة عن طريقها .

وفي كثير من المستشفيات يستخدم عمل تجميعي خفيف ... إلخ ، فيتفق مع مصانع محلية على القيام بهذا العمل فإذا ما أثبت المريض ذاته يمكنه العمل بالخارج في المجال الذي تدرب عليه .

وإعادة تأهيل المريض المزمّن - خصوصاً المريض الفصامي المزمّن ، عملية صعبة فالمرضى يحتاج إلى عمل متدرج الصعوبة مع كثير من التشجيع وتقويم الحالة بحرص والإشراف على المريض .

وفي هذا النوع من العلاج يساعد الطبيب أفراد كثيرون منهم :

- 1- ممرضات ذوات خبرة وتدريب خاص .
- 2- إخصائي نفسي .
- 3- متخصصون في إعادة تأهيل المعوقين .



## راءات الاجتماعية

### صائي الاجتماعي

جتل الإخصائي الاجتماعي مكانا مركزيا في الطب النفسي بحيث يضيف إلى ج النفسي المعرفة بالعوامل الاجتماعي وأهميتها في إحداث الأمراض وليس حسب بل يضيف أيضا وعياً رقيقاً بالديناميات النفسية الموجودة في مات الاجتماعية ، وبخاصة الوحدة الاجتماعية وهي الأسرة ويشمل عمل سائي الاجتماعي ما يلي :

جمع المعلومات .

تدخل علاجي في مجال العلاقات النفسية الاجتماعية ، مثل حالات الأشخاص المعزولين اجتماعيا ، أو من يستخدمهم المجتمع كبش فداء أو زوجة المريض المدمن للكحول .

دراسة الحالة اجتماعيا ، وهذه تقنية اجتماعية يساعد بها الإخصائي الاجتماعي المريض حتى يتعامل مع مشكلته ، ويتبين العلاقة بينها وبين موقعه الاجتماعي .

إعطاء النصح المباشر حول المشاكل الاجتماعية المحددة مثل الحالة المالية والإسكان ... إلخ .

الوقاية من الاضطرابات الذهانية - والمتابعة والعناية فيما بعد العلاج .

### تمع العلاجي

تعتبر كل المستشفيات أماكن مولدة للخوف بالنسبة لغالبية المرضى ، تشفيات الأمراض العقلية بصفة خاصة ، إذ أنها تميل إلى أن تكون مبان لها ممرات طويلة متشابهة والحق أننا إذا حاولنا أن نجعل حالة المريض تسوء لا نجد أكثر من المستشفيات العقلية التقليدية التي تتبع السياسة التحفظية تختزل المريض إلى مجرد شيء لا إسم له أو إلى كائن ضال لا هوية له ، ولكي عادلين بالنسبة لمن كانوا يعملون تحت هذه الظروف فيجب الإشارة إلى أنهم ن لديهم الأدوية المطمئنة بمميزاتها المعروفة اليوم ولا الدعم المتحمس إلا ما كان

يقدمه قلة من الخيرين وليس حقا أيضا أن نعتبر سياسة الباب المفتوح من مظاهر القرن العشرين إذ هي حقا امتداد للطب النفسي الانجليزي في القرن التاسع عشر في أحسن صوره ، ومن سوء الحظ أن الأفكار الرائدة كثيرا ما تنسى في الأغلب ليعاد اكتشافها فيما بعد .

وفي اللحظة التي يدخل فيها فرد ما إلى مستشفى فهناك اعتداء على كينونته كفرد ، فملابسه تخلع ويوضع في فراش ويصبح مجرد " مريض آخر " وفي المستشفيات العامة هذه الأمور لا تهم كثيرا إذ أن فترة الإقامة بالمستشفى قصيرة وسرعان ما ينسى المريض هذه التجربة ، ولكن بالنسبة للمريض النفسي فقد تصبح هذه الخبرة كارثة ، إذ أنه قد يدخل المستشفى ليبقى فيها طويلا .

وقبل أن نتبين أهمية العوامل الاجتماعية في التأثير على المرض العقلي كان الهدف أن نجعل المريض متمشيا وبسرعة مع عدد من المستويات السلوكية المحدودة بطريقة عفوية ، وكثيراً ما تكون هذه المستويات عبثية لا معنى لها ، وكانت السلطة المتحكمة في المستشفيات ذات تركيب هرمي لا يمكن معارضتها ، وهذا يزيد من التوتر واحتمال العنف .

وقد تعلم المرضى بسرعة أن يبقوا على حياتهم عن طريق التأقلم بالالتزام بالرضا المخدر ، مع ما يتبع ذلك من فقد المبادرة والدافعية ، وهو ما يسمى بأثر الانتماء للمؤسسة العلاجية Institutionalization .

وقد ساعد على ذلك العزل ومنع الزيارة مع غيبة النشاط وقد تبينا مؤخراً أن المجتمع الذي يعيش فيه المريض قد يكون له أثر علاجي أو أثر مضاد للعلاج ، وتبذل الآن محاولات لإيجاد وسط علاجي يحفظ على المريض فرديته ويدفعه نحو النشاط والعودة إلى العالم الخارجي ، ويركز الاهتمام على تحرير خطوط الاتصال بين هيئة الأطباء والتمريض وتشجيع المناقشة الحرة بين المريض وأعضاء الفريق الطبي ، وبذلك نزيل الحواجز المصطنعة بين أعضاء الفريق والتي لا معنى لها .

ولاشك أن إدارة المستشفيات بهذه الطريقة تعني جهداً أكبر ومشاكل أكثر يعكس الهدوء البادي الذي كان يسود المستشفيات التقليدية ( جيدة الإدارة ) التي تشرف عليها سلطات من المشرفين المنظمين في شكل طبقات إدارية أما الإدارة الحديثة فتعني جهداً أكبر ولكنها تعني أيضاً تعاسة أقل من وجهة نظر المريض مع أمل أكبر ، ويحتاج المرضى النفسيين إلى الأمل والضجيج والألوان والنشاط والأغلب أنهم يقضون حياتهم في سكون رمادي اللون وكل من يمنع هذا الوضع يسهم في العملية العلاجية للمرضى النفسيين .





**ARAB CENTRE FOR MEDICAL LITERATURE**

**ACML - Kuwait**

# **LECTURE NOTES ON PSYCHIATRY**

**By  
Dr . James Willis  
Dr . J . A . Marks**

**Translated By  
Dr . M . Emad Fadly**

**LECTURE NOTES SERIES**